

Office Protestant de la Formation

Formation Continue des Ministres

ASSISTANCE SPIRITUELLE EN CAS D'URGENCE

Formation de l'OPF niveau 2



Michel Berclaz éditeur

janvier 2013

TABLE DES MATIERES

1. LA PSYCHOLOGIE DE L'URGENCE (C. D'Epagnier, M. Berclaz).....	3
1.1. Définition.....	4
1.2. Les principes du RNAPU.....	4
1.3. Les principes de la Fédération Suisse des Psychologues.....	5
1.4. Mise en garde.....	7
2. LE TRAUMATISME.....	9
2.1. Définition du trauma.....	9
2.2. Catégorisation des réactions.....	12
2.3. Types de réactions.....	13
3. MODELE DE PREVENTION ET D'INTERVENTION.....	15
3.1. Niveaux de prévention et d'intervention.....	15
3.2. Les tâches du soutien immédiat.....	17
3.3. Comportement et communication à adopter.....	19
3.4. La méthode d'écoute active.....	20
3.5. Check list pour l'intervention d'assistance macro-sociale.....	23
4. LE SOUTIEN SPIRITUEL.....	24
4.1. Choc traumatique et soutien spirituel (Maurice Gardiol & Cosette Odier).....	24
4.2. L'accompagnement spirituel dans la tradition de l'Armée du Salut (Ch. Staïsse).....	28
4.3. Evolution du concept de soutien spirituel (Maurice Gardiol).....	29
4.4. De la légitimité du soutien spirituel (Michel Berclaz).....	32
5. LES RISQUES DU METIER ET L'AUTOPROTECTION.....	36
5.1. Généralité.....	36
5.2. Le stress (du point de vue biologique).....	37
5.3. Le stress cumulatif.....	39
5.4. L'épuisement professionnel.....	40
5.5. Réactions chez les intervenants.....	43
5.6. L'effet miroir et la triangulation.....	45
5.7. Gestion du stress.....	48
5.7.1. Gestion des ressources :.....	49
5.7.2. Avant et pendant l'intervention.....	50
5.7.3. Auto-protection et co-protection.....	51
5.7.4. Le Feed-back.....	53
6. Démobilisation, défusing et débriefing.....	54
7. BIBLIOGRAPHIE.....	56

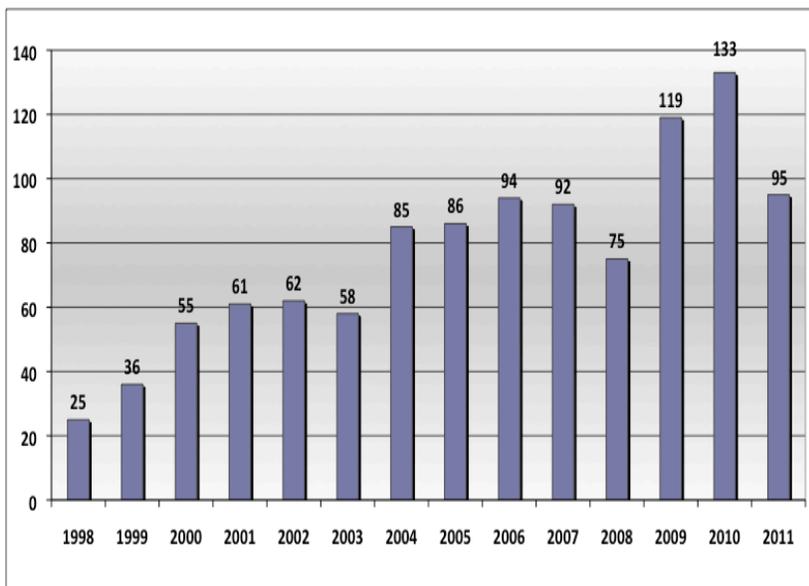
1. LA PSYCHOLOGIE DE L'URGENCE

(C. D'Epagnier, M. Berclaz)

Le canton de Genève a développé depuis 1996 un modèle de soutien psychologique en cas de catastrophes micro ou macro-sociales qualifié de psychosocial et spirituel (plutôt que médico-psychologique). Ce modèle, bien ancré dans le réseau professionnel cantonal revendique une intervention rapide, mais la plus discrète possible. Il vise la mobilisation des ressources résiduelles de l'individu, de la famille, du groupe ou de la communauté (en ce sens il touche au psychologique et au social). Il défend son caractère humain et spirituel, dans le sens où il s'agit avant tout d'accompagner et d'entourer des personnes dans la détresse pour les aider à garder le contact avec la « vie », une confiance dans l'humain et de l'espoir pour l'avenir. Ce modèle nécessite cependant des compétences certaines dans la gestion émotionnelle des intervenants, en particulier en ce qui concerne le sur-investissement. Cette approche consiste à " faire le moins possible, mais faire tout le nécessaire ".

La police genevoise et l'Association Genevoise des Psychologues (AGPsy)¹ ont uni leurs efforts afin de constituer une cellule d'intervention psychologique pour les situations de crises et de catastrophes. Cette cellule, créée en 1996, intervient pour des événements tels que suicides, accidents graves, noyades, hold-up, prises d'otages, agressions, meurtres et autres situations potentiellement traumatisantes. Depuis 2001, cette même cellule se tient à la disposition du public et des entreprises ayant besoin de ses prestations sous le patronyme de « Cellule d'intervention psychologique de l'AGPsy ».

Lors de catastrophes macro-sociales, cette cellule est appelée à collaborer avec d'autres groupes d'intervention comme le Groupe d'Intervention Psychologique de la Sécurité Civile (GI-PSY), la cellule inter-religieuse pour le soutien spirituel (GI-SPI), le personnel soignant spécialisé des Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG), ou encore avec les "cellules débriefing" des corps constitués (police, sapeurs-pompiers et gardes-frontières). Lorsqu'il s'agit d'événements impliquant des enfants, tout particulièrement dans un cadre scolaire, l'intervenant fait appel à la cellule d'intervention du Service Médico-Pédagogique (SMP) spécifiquement formée pour travailler avec cette population. La cellule de l'AGPsy-Police cherche à collaborer également avec d'autres individus, groupes ou structures, tant au niveau cantonal qu'extra cantonal ou international.



L'ensemble de ces interventions a porté sur plus de 3000 personnes.

En 2007, nous avons 92 interventions portant sur plus de 323 personnes. Par chance, 2008 présentera des chiffres quelque peu inférieurs.

¹ En 1996 elle portait le nom d'Association Genevoise des Psychologues et Psychologues-Psychothérapeutes (AGPP).

1.1. Définition

Conformément aux directives du Réseau National d'Aide Psychologique d'Urgence (RNAPU), **la psychologie d'urgence correspond au soutien psychosocial et spirituel immédiat et post-immédiat**. Il recouvre l'ensemble des mesures visant à accueillir, entourer et orienter les personnes victimes comme les membres des forces d'intervention impliqués dans un événement potentiellement traumatisant ainsi que ses suites.

Le soutien psychosocial et spirituel s'appuie sur l'idée selon laquelle les personnes impliquées ne sont pas malades, que leurs réactions sont a priori naturelles et utiles. Dans ce sens, elle vise à mobiliser les ressources des personnes touchées en priorité, puis celles de leurs proches ou leurs réseaux socio-professionnels.

Les Care givers (membres de Care Team)

Ce sont des secouristes formés au soutien psychosocial d'urgence des personnes victimes d'événements potentiellement traumatisants. Ils interviennent durant ou immédiatement après un tel événement. Ils offrent un soutien émotionnel, pratique, matériel et logistique et orientent au besoin les individus vers une aide professionnelle. Ce sont généralement des employés d'entreprises spécialement formés à accueillir les clients de leur entreprise lors d'un incident critique.

Les Pairs (membres d'équipe de soutien par les pairs)

Ce sont des membres des forces d'intervention ou de corps professionnels à risque qui ont suivi une formation en soutien psychosocial et spirituel. Leurs interventions portent en général sur leurs collègues.

Les spécialistes (membres d'équipe de soutien psychosocial et spirituel)

Ce sont des médecins, des psychologues, des aumôniers, des infirmiers en psychiatrie ou d'autres professionnels du social ou de l'éducation, justifiant de qualifications complémentaires dans le domaine. Ils accueillent, soutiennent les personnes impliquées dans des incidents critiques, les accompagnent sur leur questionnement existentiel, sur le plan de leur croyance propre et mobilisent leurs ressources, celles de leurs proches et leurs réseaux.

1.2. Les principes du RNAPU

Le Réseau National de Psychologie de l'urgence décrit la manière de se comporter avec des personnes en situation de profonde détresse psychique selon les principes de base suivant :

- proximité (assistance apportée sur place) ;
- rapidité (assistance apportée aussi rapidement que possible) ;
- simplicité (méthodes simples de soutien et d'accompagnement) ;
- proportionnalité (ne pas apporter plus que l'aide nécessaire afin d'éviter la surassistance).

Le RNAPU vise également à faire respecter d'autres principes en matière d'aide psychologique d'urgence, il s'agit de :

- le respect de la dignité humaine, de la liberté individuelle et des valeurs individuelles comme collectives ;
- après un événement éprouvant, chacun doit pouvoir recevoir une aide psychologique adaptée à ses besoins, indépendamment de son sexe, de son âge, de sa nationalité ou de son appartenance religieuse ;
- les personnes touchées / impliquées doivent retrouver le plus rapidement possible leur autonomie dans la vie courante ;
- une aide psychologique d'urgence ciblée vise à redonner aux personnes touchées le sentiment qu'elles sont responsables d'elles-mêmes ;
- l'aide psychologique est dispensée de manière interprofessionnelle, interconfessionnelle et en tenant compte des règles en vigueur dans des organisations partenaires comme la police ou les sapeurs-pompiers ;
- l'aide psychologique d'urgence ne doit pas servir de plate-forme pour le recrutement de patients ou de membres (pour des associations ou des groupements religieux) ;

1.3. Les principes de la Fédération Suisse des Psychologues

A partir de l'expérience pionnière du canton de Genève, la Fédération Suisse des Psychologues a développé une réflexion sur la psychologie d'urgence et édicté un certain nombre de règles ou recommandations, notamment :

- ▶ **les interventions en psychologie d'urgence visent une approche psychosociale et spirituelle, elles ne sont pas des actions psychothérapeutiques ;**

Les réactions sont considérées ici comme naturelles. Aucune intervention n'ayant été démontrée comme propre à diminuer ou prévenir la souffrance, la tâche consiste dès lors à entourer les personnes impliquées dans des événements dramatiques.

- ▶ **les professionnels la pratiquant connaissent les principes de base des interventions dans le domaine ;**

Un groupe professionnel étant appelé officiellement à intervenir lors de tels événements, il semble important que ses membres connaissent les phénomènes qui s'y rapportent et développent des compétences comme par exemple celles visant à ne pas essayer d'en faire un terrain de thérapie, de prosélytisme ou encore de clientélisation.

- ▶ **ils sont capables d'utiliser les connaissances assimilées d'une manière critique et souple ;**

La formation suivie devrait développer chez l'intervenant les compétences nécessaires pour trouver une réponse individuelle et adaptée à chaque situation. Ceci signifie donc que les approches standardisées sont considérées comme insuffisantes et non reconnues dans leur aspect universel. Une réflexion critique sur nos interventions reste toujours nécessaire. Devons-nous intervenir ? Sommes-nous bien restés à notre place ?

- ▶ **ils connaissent leurs propres limites et sont en mesure de se rendre compte des conséquences d'un traumatisme pour eux-mêmes ;**

L'intervenant doit se montrer attentif à ses propres réactions : sur-investissement, conflits avec les autres intervenants, épuisement et traumatisme vacarien. Les organismes qui les encadrent devraient veiller à leur bien être.

- ▶ **la psychologie d'urgence est exercée uniquement par des professionnels qui n'en dépendent pas financièrement ;**

Pour réussir à maintenir une bonne distance avec les personnes accompagnées, pour pouvoir fixer notre attention sur les compétences et les ressources des personnes et de leur entourage, il semble indispensable à l'intervenant d'avoir d'autres champs d'occupation.

Si sa profession et partie de son identité devaient être tournées exclusivement vers le soutien psychologique lors de catastrophe, le risque serait grand qu'il cherche à se rendre plus utile, voire nécessaire. Si son revenu est dépendant, pour grande partie, des catastrophes, le risque est grand qu'il cherche à légitimer son salaire en considérant comme critiques des situations qui pourraient ne pas l'être.

- ▶ **il s'agit d'une approche visant l'acceptation des réactions ;**

Les réactions présentées sont considérées non seulement comme naturelles, mais également comme des moyens pour se protéger, faire face et s'adapter. Sous cet angle, il ne serait pas cohérent de chercher à les combattre ou les faire diminuer. Toutefois, la personne victime souvent souffre et se plaint de ses réactions.

Pour en permettre l'acceptation, il s'agit pour la personne de pouvoir leur donner un sens, les expliquer. Il s'agit souvent, pour l'intervenant, de se montrer capable de supporter ces réactions parfois surprenantes, éveillant surprise, incompréhension quand ce n'est colère ou dégoût.

- ▶ **le professionnel n'est là que pour un temps, plutôt que se proposer comme ressource, il cherche à mobiliser en premier lieu celles de la personne, puis celles de sa famille et sa collectivité ;**

La conception proposée ici repose sur l'idée selon laquelle, bien qu'elle puisse avoir, par le fait du choc, momentanément perdu contact avec ses compétences, la personne est capable de faire face. En effet, au cours de cette période de choc, tout individu, tout groupe ou Etat, tendent à se vivre impuissants, démunis et incompetents. S'offrir comme ressources, faire à la place, comporte un message implicite « nous vous pensons incapables de... ». Ce message, outre le fait qu'il soit disqualifiant, tend à la mise en dépendance de la personne et peut se montrer stigmatisant. Par ailleurs, lorsque épuisé ou momentanément neutralisé, son entourage ou sa famille sont les mieux placés pour apporter du soutien. Si ces derniers venaient à ne pas suffire, sa communauté peut alors prendre le relais.

Cette approche considère la préoccupation des uns pour les autres comme source de renforcement du lien. Or, de nombreuses recherches démontrent aujourd'hui l'importance de la qualité du lien et du sentiment d'être soutenu socialement dans les facteurs de protection.

Nous avons compris que le sentiment d'impuissance vécu par la personne victime, lorsque la souffrance semble durer par trop, s'étend progressivement aux proches. Se substituer à l'aide que peut apporter la famille tendrait à augmenter le sentiment potentiel d'impuissance chez les proches. Par ailleurs, pouvoir aider produit souvent une augmentation de l'estime de soi qui gagnerait à revenir aux proches plutôt qu'à des étrangers ne faisant pas partie du milieu naturel de la personne et dont les réponses pourraient être décalées voire, à terme, plus un problème qu'une solution.

Dans ce sens, notre intervention devrait porter sur la simple mobilisation des ressources individuelles (pour permettre à la personne de diminuer son sentiment d'impuissance, de retrouver un certain niveau de contrôle) et celles de la collectivité dans laquelle nous faisons irruption, de façon à ce que la personne victime puisse se sentir soutenue socialement par les personnes-mêmes auprès de qui elle vit.

1.4. Mise en garde

Il est cependant important de souligner que la communauté scientifique estime que l'état actuel des recherches n'autorise aucune confirmation ou réfutation définitive de l'efficacité, voire même de la nécessité, des interventions psychologiques immédiates quelles qu'elles soient. Raphael et Wilson (2000) avancent par exemple que si les techniques de débriefing bénéficient de la bonne foi, de la bonne volonté et du travail théorique de ceux qui les préconisent, elles sont loin de reposer sur des hypothèses systématiques fondées sur des données scientifiques avérées et vérifiées par des études empiriques conduites selon une méthodologie éprouvée. Mais, comme dans tout processus de développement scientifique, il faudra attendre le résultat d'une recherche systématique pour savoir quelles formules de débriefing sont recommandées selon telles circonstances. De toute évidence, le soutien psychologique immédiat et post-immédiat est une approche en pleine évolution qui s'ajustera aux découvertes à venir.

Dans les conclusions de ces mêmes auteurs, il ressort clairement que le débat va se prolonger, mais il est à espérer qu'il permettra la reconnaissance des difficultés méthodologiques, des limitations aussi bien des résultats négatifs que positifs, ainsi que des précautions de base. Par exemple, il apparaît que l'on ne peut pas prétendre prévenir l'état de stress post-traumatique (ESPT). Si les interventions psychologiques d'urgence peuvent avoir un effet préventif de l'ESTP, des recherches systématiques restent nécessaires pour le démontrer. Finalement, le débat porte tant sur la science et ses interprétations que sur le point de vue des chercheurs. Ainsi, les théories sur lesquelles s'appuient le débriefing comme d'autres interventions nécessitent d'être bien plus clairement développées. Il s'agit de comprendre et de définir de façon beaucoup plus précise le contexte social, le concept de stress, ce que sont les agents stressants, les capacités d'adaptation psychologique, la phénoménologie des réactions au niveau neurophysiologique ainsi que les relations complexes entre ces divers éléments.

Ce que nous retirons principalement de notre expérience dans ce domaine est que l'intervention auprès de personnes aux prises avec des événements dramatiques est avant tout un acte social et humain visant à accueillir l'individu, dans un simple sentiment de préoccupation. Parfois, il s'agit simplement de pallier momentanément à la pauvreté du tissu social, auprès de personnes ne pouvant faire appel à des proches. C'est lors de ce contact que l'intervenant est à même d'évaluer la forme que devrait prendre son soutien, la réponse ne pouvant en aucun cas être standardisée. Il s'agit d'accompagner la personne dans les premières phases de son processus de rétablissement.

Cet accueil consiste à recevoir la personne choquée dans sa détresse et avec l'ensemble de ses réactions, sans jugement ni crainte, sans obligation de parole non plus. Les victimes d'agressions, les proches de personnes décédées subitement, les rescapés d'accidents et autres personnes en état de détresse sont à risque de se replier sur eux-mêmes, de ne plus être capables de donner un sens à leur vie, de ne plus pouvoir investir le moment présent et finalement de rester paralysés mentalement et émotionnellement dans la reviviscence de l'événement traumatique. Le profond bouleversement psychique consécutif à une telle expérience peut être atténué si la personne est protégée de trop de stimulations supplémentaires, renseignée sur les circonstances du drame, entendue dans son désarroi, sa colère ou son impuissance, maintenue en activité tant que possible et rassurée quant à la variabilité et l'étrangeté de ses réactions à venir. Mais l'aspect humain et relationnel de l'intervention est central puisque l'intervenant sera souvent l'une des premières personnes (sinon la première) à laquelle la personne victime sera confrontée. La responsabilité est grande puisqu'il s'agit de maintenir le lien avec les autres êtres humains, d'ouvrir une fenêtre sur l'avenir et d'aider la personne à investir du côté de la vie malgré la souffrance. C'est là toute la difficulté de l'aspect spirituel de ces interventions. Le risque est grand de créer un nouveau traumatisme par une approche trop directive et peu respectueuse.

Souvent, le travail avec les familles de victimes, consiste à accompagner les personnes à s'engager dans un processus de deuil : commencer à réaliser, accepter et intégrer la souffrance morale provoquée par la perte inattendue d'un être cher, ainsi qu'à essayer de s'adapter aux modifications familiales, existentielles, spirituelles ou encore socio-économiques qui en découleront.

Le travail d'accompagnement, bien que relativement simple au niveau technique, est particulièrement complexe au niveau relationnel. Il s'agit d'offrir une présence calme et chaleureuse, de recueillir et distribuer des informations claires et exactes concernant l'événement traumatique, d'orienter les personnes vers les services d'aide, de les rassurer quant aux diverses réactions découlant de leur adaptation à la situation stressante et de les guider dans les procédures policières et administratives. L'objectif principal est de stimuler leurs propres capacités à faire face et de les amener à utiliser leurs propres ressources individuelles, familiales, sociales ou religieuses. Un obstacle majeur au rétablissement suite à un traumatisme réside dans la tentation d'entrer soit en dépendance, soit en isolement. Afin d'éviter, dans la mesure du possible, cette situation, nous préconisons une approche où le soutien consiste en une présence discrète, maintenant une certaine distance, mais gardant la personne aidée active.

Il s'agit ici d'être à disposition, tout en favorisant le plus possible les démarches autonomes, les prises de décisions individuelles, les relations entre pairs (au sein de la famille ou entre les personnes vivant le même drame). Or, du point de vue de l'accompagnant, cette distance est particulièrement difficile à observer. En effet, la détresse évidente des familles, leur sentiment de totale impuissance, mais particulièrement notre propre sentiment d'impuissance, nous conduit le plus souvent à présenter un comportement soit hyperactif soit d'évitement. Faute de savoir que dire (en effet, que pouvons-nous bien dire dans de telles circonstances ?), nous avons grand peine à nous empêcher de "faire". Le risque est alors d'en faire trop, de faire à la place des personnes victimes et de leur famille et donc d'installer progressivement tous ces gens dans une relation de dépendance, retardant ainsi la mobilisation de leurs capacités d'adaptation. S'il est clair que, bien souvent, les personnes victimes et leur famille apprécient grandement cette aide inespérée et ces marques d'affection, nous pensons qu'à moyen terme elles vont les desservir. Dans cette optique, l'intervenant se trouve devant un choix parfois difficile, être apprécié des personnes victimes et recevoir leurs signes de gratitude ou être efficace pour leur rétablissement.

Une autre difficulté majeure du travail de l'accompagnant est le processus de l'identification. Il est en effet fréquemment observé que l'intervenant peut ressentir les mêmes émotions que les victimes et les membres des familles touchées. La tristesse, la détresse, la colère, l'hostilité, l'impuissance, le besoin de reconnaissance ou la confusion sont souvent vécu également par les intervenants. Une solide formation semble nécessaire pour pouvoir repérer et limiter chez nous les effets de ce processus. Ces réactions en miroir, ce partage d'émotions communes, cette identification en quelque sorte, sont susceptibles d'amener les intervenants à "réagir" de façon plus ou moins inadéquates, comme par exemple en entrant en conflit avec d'autres corps de métier impliqués dans l'intervention, en prenant parti pour les uns ou pour les autres, en se positionnant "avec" ou "du côté" des familles, en exigeant des marques de reconnaissance de leur travail ou de leur propre souffrance. Il s'agit là de leurs propres réactions face à la souffrance, et dans ce sens, elles sont parfaitement naturelles. Cependant, il est nécessaire de les canaliser et de se situer de façon plus adéquate face aux victimes, assurant ainsi une meilleure qualité de travail, une plus grande efficacité et des relations plus harmonieuses et plus propices au processus de récupération de chacun.

il est essentiel dans l'idéologie du soutien psycho-social et spirituel de considérer que certaines souffrances sont durables et résistent à toute forme d'aide ou de soins. Par ailleurs, certains spécialistes sont d'avis qu'une intervention précoce présente un fort risque de gêner les mécanismes naturels d'intégration des événements dramatiques. Ce que nous considérons comme des « réactions », certains comme des symptômes, correspondent souvent aux moyens que la personne présente pour faire face au drame.

2. LE TRAUMATISME

2.1. Définition du trauma

Laplanche et Pontalis (Vocabulaire de la psychanalyse, 1967) définissent le traumatisme comme suit : « **Événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathologiques durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En terme économique, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitation qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations...**

Dans cette période, où la psychanalyse s'est constituée, le traumatisme qualifie d'abord un événement personnel de l'histoire du sujet, datable, et subjectivement important par les affects pénibles qu'il peut déclencher. On ne saurait parler d'événements traumatiques de façon absolue, sans envisager la « susceptibilité » (...) propre au sujet. Pour qu'il y ait traumatisme au sens strict, c'est-à-dire non-abrèaction de l'expérience qui demeure dans ce psychisme comme un « corps étranger », des conditions objectives doivent être présentes. Certes, l'événement peut, par sa « nature même », exclure une abrèaction complète (...); mais en dehors de ce cas limite, ce sont des circonstances spécifiques qui assurent à l'événement sa valeur traumatique : condition psychologiques particulières dans lesquelles se trouve le sujet au moment de l'événement (« état hypnoïde » de Breuer), situation de fait – circonstances sociales, exigences de la tâche en cours – qui interdit ou entrave une réaction adéquate (« rétention »), enfin et surtout, selon Freud, conflit psychique qui empêche le sujet d'intégrer à sa personnalité consciente l'expérience qui lui advient (défense). Breuer et Freud notent encore qu'une série d'événements, dont chacun à lui seul n'agirait pas comme traumatisme, peuvent additionner leurs effets (« sommation »).

En ce qui concerne ce dernier point, l'effet de sommation, il s'agit justement du phénomène que nous serions tentés de nommer **stress cumulatif**. En effet, comme nous le traiterons plus loin, il semble que les professionnels de l'intervention en situation critique soient, par exemple, plus facilement sujets à ce type de réactions qu'à l'état de stress post-traumatique.

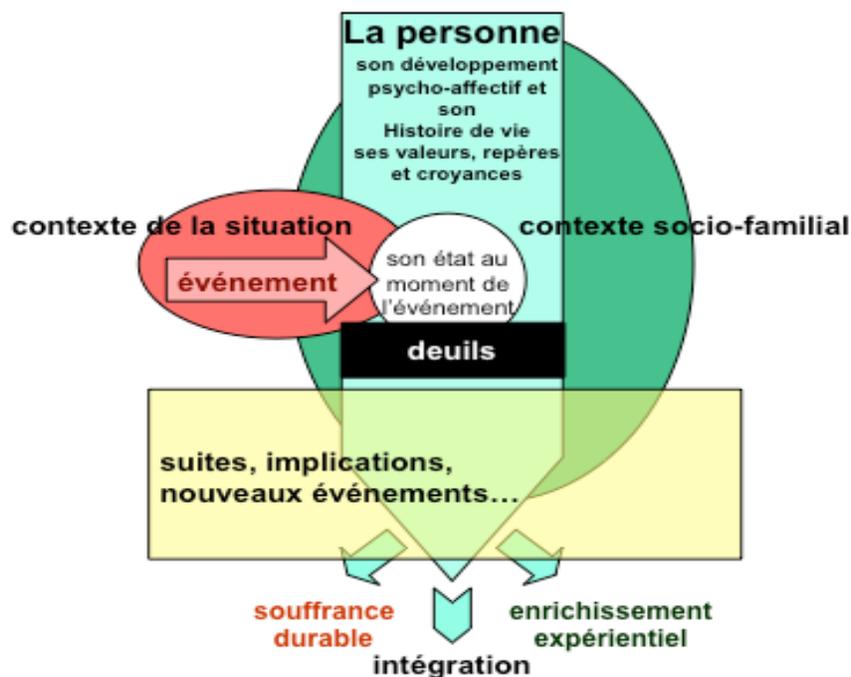
De façon plus générale, nous pouvons relever que le terme traumatisme dénote tantôt un événement, tantôt les aléas de l'économie psychique produits soit par un événement – voire des événements – particuliers, soit par une vulnérabilité individuelle. Au cours du développement de sa théorie, Freud va, par moment, souligner l'impact d'une situation critique donnée (inceste, guerre), à d'autres mettre en avant une vulnérabilité tirant sa source dans le développement psycho-affectif de la personne, voire même substituer le concept de fantasme à la réalité d'un événement.

Il est intéressant de noter que nous trouvons aujourd'hui encore, au travers des différentes théories (qu'elles traitent du diagnostic ou des traitements) cette même ambivalence. En effet, certaines accordent toute l'importance à la force de l'événement, d'autres à la vulnérabilité ou la prémorbidité de la personne (présence de pathologie mentale ou de troubles de la personnalité antérieures à l'événement). Notre position se veut plus globale, dans le sens où nous considérons que l'intégration d'un événement dans la vie, l'histoire et le psychisme d'un individu, va dépendre de la résultante de l'interaction de nombreux éléments distincts. En effet, l'expérience clinique montre bien qu'à un même événement chacun réagit à sa façon, avec des réactions plus ou moins fortes et plus ou moins retardées. Dans cette optique, il reste illusoire de prétendre pouvoir, au moment de l'événement, distinguer les personnes qui présenteront une souffrance durable de celles qui s'en sortiront grandies.

A mon sens, cette non prédictibilité est due justement, aux jeux des multiples interactions produites par les divers éléments impliqués. Ces divers éléments peuvent, chacun considéré séparément, amplifier l'effet traumatique ou, au contraire, participer à la protection du sujet ou à l'intégration de la situation critique. Parmi ces éléments, à l'instar de Laplanche et Pontalis, relevons par exemple :

- la nature même de **l'événement** : la violence de son effraction, la menace à l'intégrité physique ou psychique, son afflux excessif d'excitation ;
- **le niveau d'implication** de la personne face à cet événement, ou sa susceptibilité à certaines de ses caractéristiques ;
- **la condition psychique et l'état physique** de la personne au moment de la situation critique ;
- **les compétences individuelles** (mécanismes de défense, pare-excitation, résilience) ou au contraire ses vulnérabilités, développées au travers de :
- son développement psycho-affectif, sa structure ou ses troubles de personnalité, mais surtout son histoire de vie, **les aléas de son cheminement existentiel** ;
- **le contexte même de l'événement**, la prédictibilité de son apparition, le niveau de préparation, sa durée, etc. ;
- **le contexte socio-familial** de la personne, sa capacité à soutenir le sujet tout en évitant la mise en dépendance, ou, au contraire, sa fragilité et son altération ;
- la quantité et **l'importance des deuils** (objectifs et subjectifs) auxquels la personne devra faire face. Il peut s'agir du deuil de personnes aimées irremplaçables, mais encore deuil de compétences physiques ou mentales (liés à des déficits produits par l'événement), le deuil de représentations idéales de soi (impuissance lors de la situation) ou de la société (perte du sentiment de sécurité), parmi d'autres.

Relevons toutefois que le traumatisme traitant d'un événement de son passé (plus ou moins immédiat), nous ne pouvons détacher les réactions que concerne la situation en question de la suite des événements. L'implication de l'événement sur la suite de la vie, la façon avec laquelle le groupe social y a répondu (passer pour un héros, un lâche ou un traître par exemple) est aussi important que les composantes de la situation... si ce n'est plus encore.



© m. berclaz : 2012

La communauté scientifique reconnaît actuellement que toute personne exposée à un événement au cours duquel des individus ont pu mourir ou être gravement atteints dans leur intégrité psychologique ou physique peut présenter des réactions susceptibles de la marquer durablement. Ces réactions peuvent être somatiques (physiques), cognitives (intellectuelles), émotionnelles (affectives) et comportementales. Elles peuvent se manifester sur-le-champ ou plus tard.

Ces réactions sont reconnues comme naturelles, elles s'estompent le plus souvent avec le temps. Cependant il arrive qu'elles se chronicisent. Lorsque nous qualifions ces réactions de naturelles, nous entendons par là que les individus auprès desquels nous intervenons sont à priori sains et ne doivent donc pas être considérés comme des patients. Nous estimons que tout individu est capable, a priori, de faire face et d'intégrer leur expérience. Nous ne retenons pas l'hypothèse selon laquelle, seules les personnes présentant une prémorbidité (désordre mental ou trouble de la personnalité présents avant l'événement) sont susceptibles de développer une certaine forme de détresse.

Nous voici arrivé au point où il s'agit d'aborder la première querelle concernant le trauma : à partir du moment où il ressort comme évident que plusieurs personnes impliquées dans un même événement ne présenteront pas les mêmes réponses ou réactions, que la majorité d'entre elles s'en sortiront raisonnablement bien, comment comprendre que certaines (une minorité) vont vivre une détresse intense et parfois durable ? Devons-nous admettre l'existence d'une fragilité constitutionnelle, d'une vulnérabilité produite par l'histoire et les traumatismes passés ou devons-nous penser, comme le dit le diagnostic, que n'importe qui est susceptible de présenter des réactions intenses et durables ? En d'autres termes devons-nous choisir entre la prédominance du terrain, de l'histoire ou de l'impact de l'événement ?

En d'autres termes, si le concept de prémorbidité en tant que tel n'est pas approprié, ni constructif. Il semblerait évident qu'ignorer la part du terrain ou du contexte serait de l'ordre du déni. Les recherches susmentionnées semblent bien démontrer l'importance de l'histoire de la personne, de la constitution de sa personnalité, des compétences ciselées par l'expérience, des fragilités produites par les aléas de l'existence comme de l'impact des circonstances et des contextes. Ainsi, en fonction de l'ensemble de ces divers éléments, la personne sera plus ou moins préparée, plus ou moins vulnérabilisée et plus ou moins protégée face à certains drames de l'existence.

Relevons cependant que ces recherches démontrent en particulier que les éléments les plus prégnants semblent bien être :

- la gravité de l'événement (menace pour la vie) ;
- le vécu pendant et juste après la situation (dissociation et émotions) ainsi que
- le sentiment subjectif d'être soutenu et entouré du point de vue social.

Concernant le dernier point, nous parlons de « sentiment subjectif » car la réalité de l'absence ou de la présence du support social semble bien moins importante que l'impression que les personnes peuvent en avoir. Il ressort en effet que parfois, malgré une présence et des efforts soutenus de la famille, du groupe ou de la communauté, la personne – dans sa détresse et sa souffrance incommensurable – ne se sente pas soutenue, ou considère certaines positions ou actions comme annihilant le soutien. Au contraire, d'autres vont percevoir des attitudes ou des attentions de l'entourage comme un effort important et efficace de soutien.

2.2. Catégorisation des réactions

De fait, l'analyse des cas de chocs intenses lors de situations critiques révèle que les personnes touchées réagissent de façons diverses. Les symptômes peuvent être divisés en quatre catégories, même si, en pratique, il n'est pas possible de séparer ainsi le corps de l'esprit ou des émotions. Devant un danger, l'organisme réagit de façon à assurer sa survie. Quel que soit le mode de défense choisi, les réactions physiologiques demeurent les mêmes. Quel que soit l'agent stressant, que le danger soit réel ou seulement appréhendé, le résultat sera le même.

réactions physiologiques

- ▶ baisse d'énergie, épuisement;
- ▶ faiblesse du système immunitaire (tendance aux rhumes, gripes, etc.);
- ▶ perturbations endocriniennes (menstruations, problèmes thyroïdiens, etc.);
- ▶ maux de tête, douleurs au dos ou musculaires;
- ▶ problèmes cardio-vasculaires
- ▶ frilosité avec bouffées de chaleur;
- ▶ changement dans les habitudes sexuelles : baisse ou augmentation de la libido, anorgasmie (absence d'orgasme).
- ▶ autres désordres somatiques.

réactions cognitives

- ▶ troubles de la mémoire, impossibilité de se souvenir d'aspects importants de l'événement;
- ▶ difficulté de concentration,
- ▶ diminution du champ de l'attention ;
- ▶ pensées récurrentes,
- ▶ images intrusives, flash-back;
- ▶ diminution de la confiance en soi, en ses capacités de jugement et de décision;
- ▶ perte d'objectivité;
- ▶ confusion;
- ▶ état de choc.

réactions psycho-émotionnelles

- ▶ anhédonie (absence de plaisir);
- ▶ étonnement, incrédulité;
- ▶ engourdissement émotionnel,
- ▶ sentiment de détachement;
- ▶ peur, phobie;
- ▶ vulnérabilité, susceptibilité;
- ▶ culpabilité ou sentiment d'indignité;
- ▶ impuissance;
- ▶ tristesse, solitude, désespoir, résignation;
- ▶ anxiété, angoisse,
- ▶ colère, rage;
- ▶ sentiment de ne pas être compris ;
- ▶ tendance à passer d'un état transitoire de victime à une identité permanente de victime.

réactions comportementales

- ▶ comportements d'évitement ;
- ▶ retrait, diminution de la participation à des activités significatives;
- ▶ prostration ;
- ▶ altération des champs familiaux et professionnels ;
- ▶ irritabilité, hostilité, instabilité et/ou
- ▶ comportements maniaques;
- ▶ tendance à se mettre en situation de danger;
- ▶ troubles du sommeil et de l'appétit;
- ▶ installation de dépendance aux toxiques (alcool, drogues et médicaments).

2.3. Types de réactions



Événement potentiellement traumatisant : événement au cours duquel des individus ont pu mourir ou être gravement atteints dans leur intégrité psychologique ou physique, voire susceptible de causer un changement particulièrement marquant dans la vie de la personne, comportant des conséquences désagréables et durables et conduisant à un trouble de l'adaptation ou à une modification durable de la personnalité.

Symptômes dissociatifs

Pendant et après l'événement le sujet peut présenter des symptômes dissociatifs tels que : sentiment subjectif d'engourdissement, de détachement ou d'être étranger à la situation ; absence apparente de réponse émotionnelle ; réduction de l'attention à l'environnement ; déréalisation et dépersonnalisation amnésie dissociative ; focalisation de l'attention sur un détail, une action ou une mission. C'est l'état de choc.

Reviviscence de l'événement

L'événement traumatique est constamment revécu au travers d'images, de pensées, de rêves, d'illusions, d'épisodes où la personne revit l'expérience. Il peut également apparaître une détresse intense face à tout ce qui pourrait rappeler ou se rapporter à l'événement traumatique. Chez les enfants nous pouvons trouver des jeux répétitifs pouvant rappeler l'événement, un comportement désorganisé, des cauchemars sans contenu reconnaissable.

Évitement

Le sujet va présenter une tendance particulièrement importante à éviter tout ce qui pourrait réveiller le souvenir du traumatisme (comme les pensées, sentiments, conversations, activités, lieux, personnes etc.). Sont également considérées comme de l'évitement les réactions fortes et la détresse face à des éléments pouvant rappeler l'incident critique.

Troubles neuro-végétatifs

Transpiration, accélération cardiaque et respiratoire, perturbation de la tension artérielle, céphalée, etc.

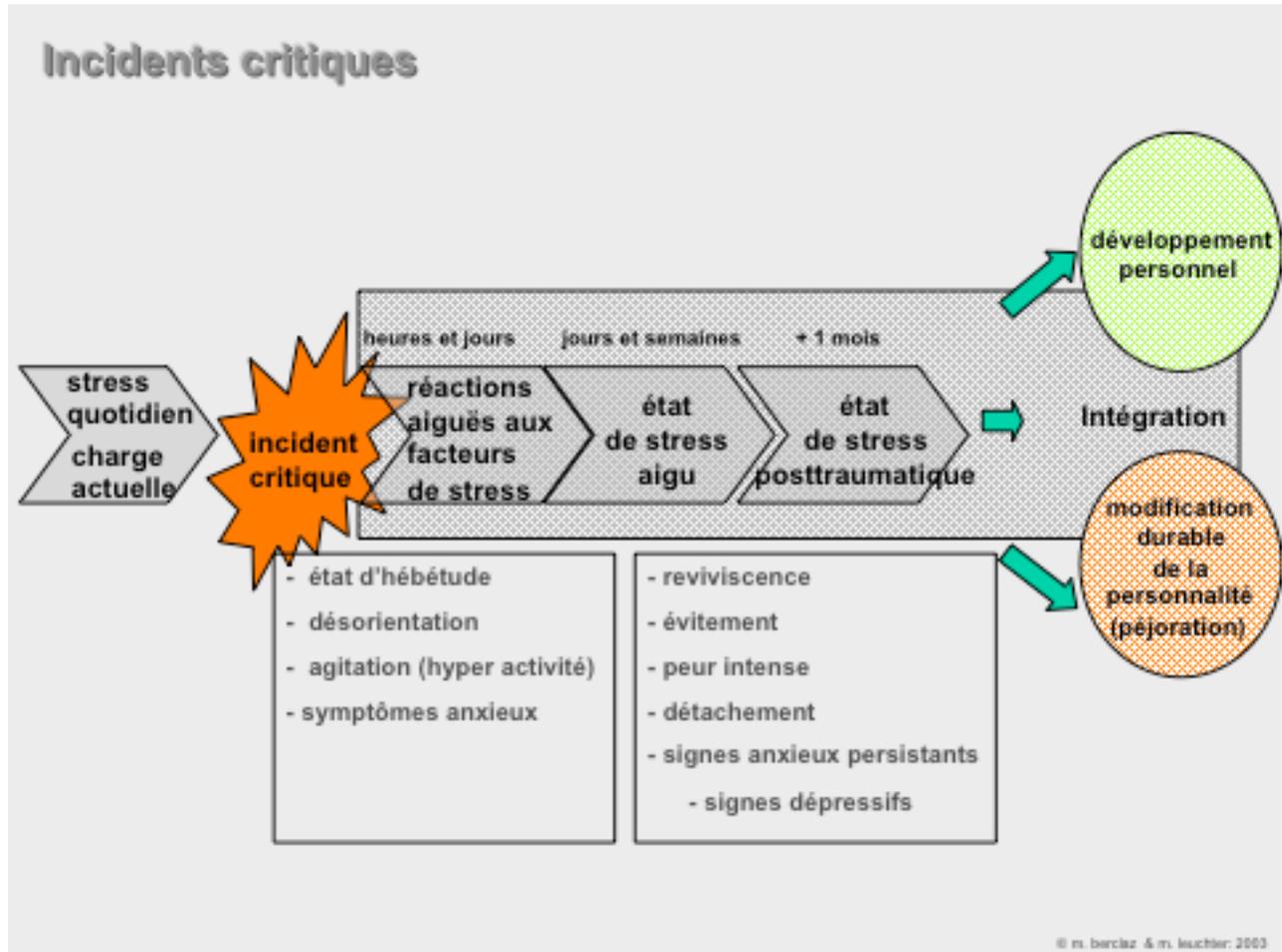
Signes d'anxiété et symptômes dépressifs

La personne montre dans un premier temps des signes profonds d'anxiété (troubles du sommeil, irritabilité, diminution de la concentration, hypervigilance, sursauts exagérés, agitation psychomotrice). A moyen ou long terme, les signes d'anxiété sont souvent relayés par ceux de dépression et particulièrement ceux ayant trait à des douleurs chroniques ou encore un sentiment intense d'impuissance, d'inutilité, de perte d'estime de soi, le sentiment de ne pas pouvoir être compris. Chez l'enfant peut apparaître une agitation anormale, de l'irritabilité, le désir d'être seul, de fortes réactions à la séparation, la peur d'être seul aux toilettes, la peur de l'obscurité ou encore des comportements régressifs.

Désordre psychosomatiques : Nous retrouvons fréquemment l'épuisement physique, une baisse du système immunitaire ainsi que différentes douleurs (maux de tête ou de ventre, mal de dos, douleurs musculaires).

Altération des fonctions socio-professionnelles : La perturbation peut causer une détresse intense et provoquer de sérieuses altérations au niveau des relations sociales (retrait, dégradation des relations familiales, conflits de couple etc.), du travail (absentéisme, perte de l'intérêt, diminution des compétences et des prestations) ou de tout autre champ d'activité. La capacité à mener à bien certaines obligations ou à demander l'aide nécessaire est également altérée.

Tendance à rapporter des événements traumatiques passés : La personne a l'impression que sa vie ne consiste qu'en situations dramatiques et tend à se comporter de telle façon qu'elle se retrouve souvent dans une situation de victimisation.



3. MODELE DE PREVENTION ET D'INTERVENTION

3.1. Niveaux de prévention et d'intervention

Le RNAPU explique que le Soutien psychosocial et spirituel constitue un complément indispensable aux premiers secours médicaux.

Sur la place sinistrée, les moyens de secours psychologiques relèvent de la compétence du chef de l'intervention. Les exigences des autorités en matière d'investigation et de préservation des preuves sont toujours prioritaires. Les interventions accomplies et les mesures prises dans le cadre du soutien psychosocial et spirituel doivent être consignées dans le dossier d'intervention.

Les niveaux d'intervention consistent, chronologiquement, en prévention primaire, prévention secondaire et prévention tertiaire.

La prévention primaire :

Prend place avant l'occurrence d'un événement et consiste à l'application de mesures préventives :

- sensibilisation des cadres des forces d'intervention et des entreprises à risques ;
- information et préparation des forces d'intervention et des groupes professionnels à risque relatives aux événements potentiellement traumatisants et à leurs conséquences possibles ;
- enseignement donné aux personnes à risque des techniques de réduction du stress ;
- formation des care givers, des pairs et des spécialistes justifiant de qualifications complémentaires en psychologie de l'urgence ;
- planifications et préparatifs d'intervention ;
- diffusion des consignes de comportement à la population.

La prévention secondaire :

Du début de l'événement jusqu'à environ un mois après sa fin, elle vise à déceler dès que possible l'apparition de troubles psychiques et à freiner le développement par des mesures appropriées. Elle consiste notamment aux :

- briefing des forces d'interventions ;
- accompagnement de l'intervention par les pairs ;
- assistance fournie aux victimes par les care givers ;
- évaluation des besoins en assistance par des spécialistes ;
- discussion structurées telle que démobilisation, défusing et si nécessaire débriefing psychologique ;
- information relative aux offres d'aide complémentaire.

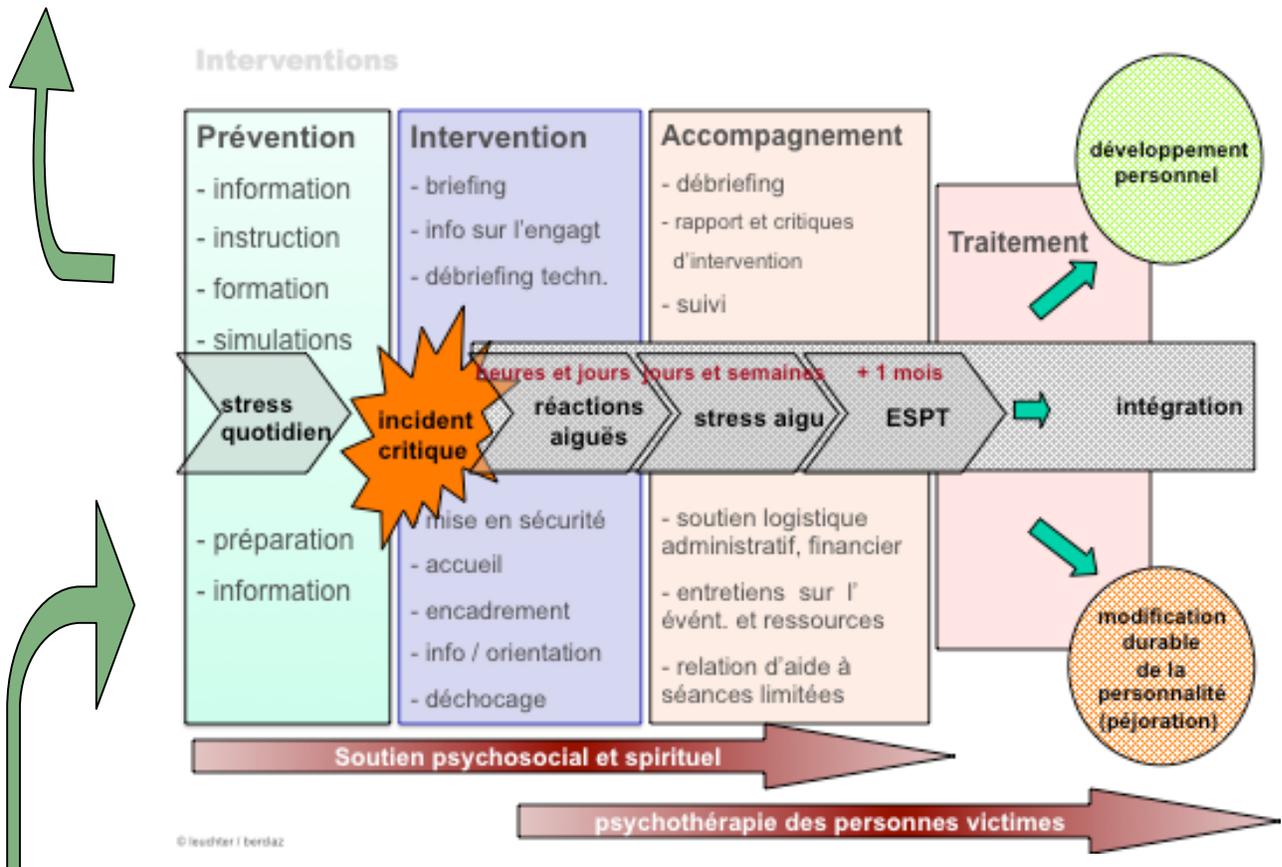
Prévention tertiaire :

Consiste avant tout en mesures psychothérapeutiques de réadaptation et de réinsertion sociale. La prévention secondaire et la prévention tertiaire s'enchaînent et doivent être proposées en fonction des besoins. Des offres d'aide répétées conviennent mieux qu'un contact unique pour soutenir le processus psychologique d'intégration d'une événement traumatisant.

Le travail, dans le cadre de la psychologie d'urgence et l'aide aux personnes victimes débute avant l'occurrence de tout événement, par la préparation et l'information. Dans le cadre d'un incident critique, le soutien immédiat et post-immédiat peut être apporté et parfois un traitement à moyen ou long terme doit être envisagé.

Si la population comme les intervenants peuvent tirer bénéfice d'un soutien, contrairement à ce que l'on a pu penser pendant une période, il n'a pas forcément la même forme :

A l'intention des divers intervenants



à l'intention de la population, des survivants et des familles de survivants et de personne victimes

3.2. Les tâches du soutien immédiat

Le rôle et la mission d'un groupe d'assistance des dépendent fortement de l'intégration de cette structure dans l'organisation générale des secours et du soutien. En effet, en fonction de l'ampleur de l'incident critique, de l'organisation du plan catastrophe du canton principalement impliqué, du niveau de préparation et du style d'administration de la crise de cette région entre autres, cette mission peut se montrer très variable.

Sa tâche particulière réside dans le soutien social, psychologique, logistique, administratif et parfois même financier sur le court, moyen terme. Cette tâche peut impliquer l'accueil des survivants, des parents de personnes impliquées, et de l'encadrement des familles. De manière générale, le groupe d'assistance est chargé de veiller aux besoins des personnes impliquées et de leurs familles.

Besoins des personnes impliquées

Des événements récents ont permis de constater que les personnes impliquées ont toujours des attentes similaires vis-à-vis de l'organisation de prise en charge. Elles désirent avant tout:

- avoir des nouvelles de leurs proches ;
- s'y retrouver dans le chaos ;
- pouvoir s'appuyer en continu sur un service d'assistance / un centre de prise en charge ;
- obtenir des informations de première main d'une personne compétente ;
- prendre contact avec les victimes, à l'hôpital, au lieu d'accueil, etc.
- se rendre le plus proche possible du lieu de l'accident ;
- avoir leur sphère privée et leur environnement protégés ;
- obtenir un hébergement, de la nourriture et des boissons ;
- être aidées face aux problèmes financiers, conformément aux directives de la cellule de crise ;
- être comprises du point de vue culturel et religieux ;
- parler leur propre langue ;
- être consultées, associées aux décisions importantes.

(*) tiré du manuel du CareGroup CFF (Berclaz M., Braun U., Bucher F., Leuchter M.).

Les tâches du soutien psychosocial :

- ❑ - sécuriser (lieu) : se protéger avant d'aider, mettre les personnes à l'abri ;
- ❑ - parler : prise de contact ;
- ❑ - protéger : réduire les stimuli ;
- ❑ - soutenir : proposer une structure, soutien émotionnel ;
- ❑ - si nécessaire : organiser un soutien psychologique plus conséquent.

- se présenter (nom et organisation),
- orienter et expliquer nos tâches et fonctions,
- se renseigner sur l'état actuel général de la personne,
- répondre aux besoins de sécurité et de confort,
- récolter les informations nécessaires,
- procurer des informations utiles (sur la situation, l'organisation, des contacts variés)
- se montrer visible et disponible,
- relever les noms, adresse et no de téléphone de la personne,
- relever les noms des personnes de contact (victimes ou survivants recherchés, familles),
- amoindrir la confusion,
- favoriser l'autonomie,
- soutien et accompagnement,
- évaluation et activation des ressources individuelles et collectives,
- évaluation de la détresse et ses conséquences,
- encourager les relations d'entre aide.

Tâches et objectifs de l'intervention :

- **évaluation :** de la situation
de l'état des personnes impliquées
des ressources disponibles
des besoins immédiats
- **mobilisation des ressources :** 1) individuelles
2) familiales
3) et sociales
- **collaboration avec les différents intervenants, organismes et institutions pour un choix de stratégies le plus pertinent possible.**
- **contact pour un éventuel suivi.**
- **analyse et évaluation des démarches entreprises.**

© michel berclaz ; janvier 2004

3.3. Comportement et communication à adopter

Indications sur le comportement à adopter avec les personnes en situation de détresse psychique aiguë :

situations	comportement / réactions de l'intervenant
incertitude	Tenir bon, ne pas vouloir rassurer à tout prix tant que l'on est sûr de rien.
désarroi, désorientation, perte du sens de la réalité	Mettre en place des structures claires, donner un sentiment de sécurité, plus par le comportement que par le discours ; « trier » les problèmes, clarifier une chose après l'autre.
état de choc, immobilité, mutisme	Etre là tout en gardant une certaine distance.
peur, anxiété	Laisser verbaliser, écouter attentivement.
agitation, hyperactivité, panique	Ne pas laisser contaminer, rester calme, tenter d'apaiser plus par le comportement que par le discours.
refus d'admettre la réalité, négation de l'événement	Essayer de comprendre, ne pas essayer de contredire, de corriger la vision des faits.
méfiance, refus de toute aide	Essayer de comprendre, ne pas le prendre personnellement, ne pas s'imposer.
colère, recherche de coupables	Supporter l'agressivité, ne pas appuyer les accusations et ne pas défendre non plus les accusées.
sentiment de culpabilité	Laisser s'exprimer, essayer de comprendre, ne pas vouloir corriger dans l'immédiat.
auto-agressivité	Essayer de protéger la personne d'elle-même, utiliser éventuellement la manière forte pour l'empêcher de se faire du mal, la conduire dans un lieu isolé et calme.
tendance à la fugue, désir de s'échapper	Tenter de raisonner la personne, de la motiver à rester ou alors lui céder ; l'empêcher toutefois de conduire elle-même un véhicule si elle est dans l'incapacité de le faire.
question sur le pourquoi	Ne pas répondre, mais ne pas être sourd au cri de détresse derrière la question, tenir bon.
pleurs, cris, tristesse, profonde douleur	Laisser s'exprimer la douleur, offrir sécurité et protection, une présence attentive et rassurante.

L'OFPC tire ce tableau de : R. Albisser, Seelsorger (aumônier), Lucerne, 1998

3.4. La méthode d'écoute active

La pensée rogérianne est communément acceptée comme ouverte et non dogmatique. Sa théorie repose sur la prémisse de la positivité du développement humain. La personnalité y est considérée en son fond comme une tendance à l'intégration de ses différents éléments, à l'actualisation de soi, à la relation avec autrui. Cette théorie repose également sur l'acceptation inconditionnelle de soi et de l'autre. De sa pratique a été développé des techniques d'entretien connu sous le nom d'écoute active. Elles comprennent notamment :

La reformulation – reflet : où l'un des interlocuteurs est ressaisi avec des mots équivalents, sans ajouter rien au contenu et sans jugement ni interprétation d'aucune sorte (dans la mesure du possible).

La reformulation comme rapport inverse : où il s'agit de faire ressortir le contenu latent d'un discours de façon à renvoyer le client à lui-même autant qu'à son discours.

La reformulation – clarification : qui aide le sujet à retenir l'essentiel de son discours. Elle porte sur une partie du discours paraissant central, ou relève le "leitmotive" de l'interlocuteur.

Les questions ouvertes et les « relances » (dites moi plus sur..., hum hum, etc.)

Les messages en « je », parler de ce que l'on perçoit, pense.

Utilisation de l'état du Moi Adulte (AT), se positionner d'égal à égal, se centrer sur le problème.

L'identification des émotions et la compréhension empathique :

- ⇒ comprendre par l'intérieur ce que l'autre éprouve ;
- ⇒ vérifier et communiquer ce que nous avons compris ;
- ⇒ offrir une présence chaleureuse et solide plutôt qu'un discours.

L'empathie, cette capacité de comprendre comment l'autre perçoit, découvre et invente ses mondes intérieurs et extérieurs, nous la pratiquons tous. L'ennui c'est que souvent nous nous trompons dans nos estimations. Nous supposons que ce qui se passe dans la tête des autres est identique à ce qui se passe dans la nôtre.

L'authenticité : elle correspond à la capacité d'être vrai et d'exprimer avec honnêteté, lorsque l'intervenant estime pertinent de le faire, ses émotions, sentiments, images, fantasmes, pensées et hypothèses.

Le sens de l'immédiat : il s'agit de la qualité permettant à l'intervenant de réagir aux éléments qui surviennent entre lui et le soigné dans la relation ici et maintenant. Intimement relié à la confrontation, nous partons ici de l'idée que les aléas de la relation de l'individu avec son milieu ont de très fortes probabilités de se retrouver dans notre relation avec lui. Dans ce sens, ramener la problématique entre lui et nous, permet un net enrichissement de la compréhension pour les deux interlocuteurs. Il va sans dire que l'authenticité, ici, garde toute son importance tant il est vain d'imaginer amener le sujet à contacter ses émotions et clarifier ses pensées si nous ne faisons pas de même avec lui (faire ce que je dis et non ce que je fais).

La confrontation : elle correspond à une demande spécifique faite à l'interlocuteur afin qu'il examine certains aspects de son comportement qui sont en discordance ou en contradiction avec ce qu'il dit ou fait. Elle doit tenir compte des aspects verbaux, para-verbaux et non verbaux de la communication.

Supporter et utiliser les pauses et les silences.

Éviter les jugements de valeurs, morale et désapprobation, la banalisation comme la dramatisation.

Éléments de réflexion sur le thème de «l'écoute» *

1. Adaptez-vous à votre interlocuteur.

Tenez compte du fait que votre interlocuteur se trouve dans une situation particulièrement éprouvante. Souvenez-vous cependant que pour accomplir votre mission de prise en charge, il faut de l'empathie et non pas de la pitié.

2. Ne parlez pas.

On ne peut pas écouter lorsqu'on est soi-même en train de parler. La présence, tout simplement, est souvent la forme de communication la plus appropriée.

3. Mettez votre interlocuteur à l'aise

Créez un environnement «détendu». Faites attention à votre posture. Proposez-lui quelque chose à boire.

4. Montrez que vous voulez écouter.

Montrez à la personne en face de vous que cela vous intéresse réellement d'écouter ce qu'il / elle a à dire. Lorsque vous n'avez pas compris quelque chose, posez des questions.

5. Ecartez les sources de distractions.

Fermez les portes, les fenêtres. Eteignez votre portable momentanément. Ne faites rien d'autre – par exemple, feuilleter des dossiers ou dessiner.

6. Faites preuve de patience.

Lorsque vous êtes confrontés à un interlocuteur faisant preuve d'un important besoin de communiquer, ne perdez pas patience. A l'inverse, laissez également place aux moments de silence. Il ne doit pas remarquer que vous êtes pressé par le temps.

7. Maîtrisez-vous.

Essayez de rester calme, même si vous n'êtes pas d'accord avec ce qui est dit pour l'instant. Vous aurez certainement l'occasion de donner votre avis – si tant est que cela soit nécessaire...

8. Ne vous laissez pas provoquer par des reproches ou des critiques. Gardez votre calme.

Dites-vous: «J'ai une mission à remplir et c'est de cela dont il s'agit».

9. Posez des questions.

Cela encourage votre interlocuteur et lui prouve votre intérêt. Les questions ouvertes lui permettront de mettre en mots ce qu'il ressent et ce qu'il pense.

10. Et encore une fois: soyez à l'écoute!

(*) tiré du manuel du CareGroup CFF (Berclaz M., Braun U., Bucher F., Leuchter M.).

**Le travail d'accueil et d'assistance veille à diminuer chez la personne :
la confusion, de débordement émotionnel et l'impuissance :**

Confusion	Débordement émotionnel	Impuissance
Présentation, introduction. Orientation sur le type d'intervention	Protection physique, sécurité et confort.	Accompagner la personne dans l'acceptation du sentiment d'impuissance.
Informations concernant les causes, le déroulement des événements, compréhension technique et organisationnelle.	Offrir un « contenant » propre à accueillir avec respect le vécu de chacun.	Permettre à la personne de s'octroyer le pardon.
Explications, descriptions et clarifications.	Favoriser la représentation et la pensée.	Permettre à la personne de se donner la permission « d'aller mal ».
Orientation dans le temps et l'espace.	Normalisation des réactions.	Mobilisation des ressources personnelles et sociales.
Orientation quant aux procédures à suivre.	Eviter la banalisation comme la dramatisation.	Mobilisation des capacités à faire face.
Redondance et répétition.	Permettre aux personnes de définir leurs besoins en particulier en ce qui concerne leur sécurité.	Donner un maximum de contrôle et de maîtrise à la personne.
Eviter les amalgames entre les événements passés et la situation actuelle.		Engager les participants à reprendre leurs rôles et fonctions sociaux et professionnels.
Distinction entre peurs, besoins, attentes et désirs.		

Mobilisation des ressources: il s'agit là d'aller à la recherche des ressources personnelles, individuelles et sociales. Nous pouvons aller chercher dans l'histoire de la personne, au fil de ses expériences, les capacités à faire face et à gérer de telles situations. Nous allons relever, au cours de la situation, les comportements adaptatifs présentés et les valider. Nous allons lister l'ensemble des stratégies et ressources individuelles, groupales et sociales à disposition.

Donner un maximum de contrôle et de maîtrise: confronté à des individus généralement très désemparés ainsi qu'à son propre sentiment d'impuissance tant à l'égard de l'événement passé qu'à celui de la souffrance des personnes, l'intervenant présente de très fort risque de se montrer hyperactif, sur-protecteur, déresponsabilisant, en résumé d'en "faire trop". Ce faisant, il augmente involontairement le sentiment d'impuissance des personnes, et les place en position de dépendance. Il s'agit plutôt de permettre à la personne de mobiliser ses compétences, de lui donner le plus de maîtrise et de contrôle sur sa vie. Cet aspect est extrêmement complexe. Lorsque l'intervenant en fait trop, il éveille la gratitude et le sentiment d'être aidé et soutenu, alors que, lorsqu'il est quelque peu en retrait et plus stimulant, il génère souvent de la colère chez les survivants et leurs familles. Par ailleurs, une attitude par trop inscrite dans l'expectative de la part de l'intervenant peu s'avérer totalement inadéquate lorsque les personnes impliquées n'ont plus la possibilité de contacter leurs capacités à faire face, utiliser leurs ressources voire même demander l'aide nécessaire. Il s'agit donc de trouver la juste mesure entre présenter le soutien nécessaire et faire à la place de la personne. Cela consiste également à supporter de ne pas être toujours vécu comme "suffisant" par les victimes. Finalement, en faire trop ou pas assez pourrait bien être en lien avec les mécanismes de défense de l'intervenant, l'évitement ou le passage à l'acte relié au sentiment d'impuissance vécu par ce dernier face à l'inéluctable de la situation. Dans ce sens, travailler dans l'aide aux victimes implique des compétences étendues dans la gestion de ses émotions ainsi que de ses propres réactions. C'est particulièrement en cela qu'un travail sur soi, une formation psychothérapeutique et de nombreuses supervisions se montrent utiles, peut-être nécessaires, voire indispensables.

3.5. Check list pour l'intervention d'assistance macro-sociale

Après l'alerte

- Se concentrer, faire le point. Comment je me sens – suis-je prêt pour une intervention ?
- Organisation de notre environnement professionnel et familial.
- Choisir une tenue et des chaussures appropriées.
- Papiers (carte de légitimation de l'organisation, carte d'identité, permis de conduire).
- Médicaments (à usage personnel uniquement), lampe de poche, de quoi écrire.
- Moyen de communication – téléphone portable avec chargeur.
- Mouchoirs en papier, chocolat, bonbons ou autres.
- Parcourir et emporter les documents / check-lists.
- Partir suivant l'appel, organiser le transport le plus adéquat jusqu'au point de contact.

Après l'arrivée au point de contact

- Procurer des informations vérifiées auprès de l'appelant ou du coordinateur d'intervention.
- Qui sont les personnes touchées? (nombre, cultures, langues)
- Qui est responsable de quoi? (structure d'organisation de l'intervention)
- Quelle est ma mission ? Quelles sont mes compétences pour cette intervention ?
- Procurer une liste téléphonique et une liste de contacts.
- Prendre et garder du recul.

En cours d'intervention

- Moins signifie souvent plus
- Agir de préférence avec retenue – pas «d'assistance agressive».
- Ecouter plutôt que parler.
- Laisser venir à soi les personnes touchées, simplement «être là».
- Répondre aux besoins des personnes accompagnées.
- Soutenir la personne dans ses recherches de solutions.
- Si nécessaire, suggérer des alternatives.
- Prendre garde à ses propres limites. Demander du soutien suffisamment tôt.
- Ne transmettre que des informations ayant fait l'objet d'une vérification – pas de conjectures. Respecter les règles de déclaration officielle.
- Ne pas oublier que dans les situations exceptionnelles, tous les comportements peuvent être attendus.
- Prendre ses propres besoins au sérieux (se reposer, boire, manger, être encadré par le chef de groupe, obtenir des informations, etc.).
- Pas de contact physique avec les personnes prises en charge sans leur autorisation.
- Noter les noms des personnes accompagnées ainsi que les principales actions menées et ce qui a été convenu.
- Respecter la confidentialité des données et la protection de la vie privée.
- Attention: je fais partie d'une équipe – pas d'action individuelle non coordonnée.
- Prendre régulièrement contact avec la direction des opérations – comptes-rendus sur la situation, participation aux briefings et rapports.
- Pas de contact avec les médias sans le consentement de la direction des opérations.

Après l'intervention

- Noter les principales actions et les tâches non achevées dans le rapport d'intervention.
- Entretien de liaison lorsque quelqu'un d'autre poursuit la prise en charge.
- Entretien / réunion sur l'intervention avec le groupe d'intervention.
- Signaler ses disponibilités pour le(s) groupe(s) d'intervention qui prendront la relève.
- Utiliser les possibilités de désamorçage, de débriefing.
- Faire quelque chose de bien pour soi.
- Ne pas perdre de vue l'état dans lequel on se trouve – demander un soutien si nécessaire.
- Mettre un terme au contact avec les personnes prises en charge en connaissance de cause.

(*) tiré du manuel du CareGroup CFF (Berclaz M., Braun U., Bucher F., Leuchter M.).

4. LE SOUTIEN SPIRITUEL

4.1. Choc traumatique et soutien spirituel

(Maurice Gardiol & Cosette Odier)²

Qui ne s'interroge pas sur soi-même ne vit pas une vie humaine

Platon (Apologie de Socrate I,28)

Depuis quelques années, de multiples contacts ont été établis entre communautés religieuses de Genève et avec la cellule d'accueil pour intégrer la possibilité d'un soutien spirituel au soutien psychosocial déjà proposé. Les diverses rencontres de formation et de dialogue nous ont amenés à la réflexion suivante.

Repenser le spirituel et le religieux

Les approches globale et intégrante de la personne humaine qui ont cours aujourd'hui nous ont permis de dépasser en partie le rationalisme et le scientisme positiviste qui, dans le courant du 20^{ème} siècle, ont entraîné une compréhension parcellisée de l'individu. Ce discours était renforcé, sur le plan religieux, par une conception néo-platonicienne opposant l'âme et le corps. Cette manière de voir a eu pour conséquence qu certains méprisèrent le "soma" (corps) et que d'autres considéraient l'"anima" (âme) comme un concept irrationnel et archaïque que l'esprit scientifique éclairé par les lumières de la raison se devait de dénoncer.

La résistance et la persistance du sentiment religieux, en dehors même des institutions traditionnelles qui étaient sensées le gérer et le promouvoir, la mise en évidence des troubles psycho-somatiques, ainsi que la confrontation à d'autres cultures par le métissage que vivent nos sociétés modernes, nous obligent à corriger notre regard sur l'humain et à redécouvrir la complexité de l'existence de chaque individu. dans tout ce qui la constitue par de permanentes interactions³.

"L'existant est plus que la vie" affirme un philosophe contemporain s'appuyant sur les réflexions de Kierkegaard et de Paul Ricœur⁴. C'est ainsi qu'il peut écrire : " L'existant n'est pas un vivant qui se réduit à sa fonction et qui, par conséquent, pourrait s'expliquer par un ensemble de causes et d'effets. L'existant est un vivant en quête de sens, donc qui se situe dans le temps, donc qui est conscient de sa finitude. Dire qu'il est en quête de sens, c'est affirmer du même coup qu'il est habité de liberté et donc qu'il ne se réduit pas à ce que l'on peut en savoir ou en dire par des explications basées sur le principe de causalité...".

Ainsi, est-il nécessaire aujourd'hui de distinguer la dimension spirituelle de la dimension religieuse. Dans notre culture occidentale principalement, bien des questions existentielles se posent dans des termes spirituels sans que les personnes soient forcément rattachées à des communautés religieuses. S'il n'est pas question de vouloir récupérer ces démarches, nous nous rendons pourtant compte que ces questions sont proches de celles que posent, en termes religieux, les personnes qui pratiquent une religion et appartiennent à une communauté.

² Diacre de l'Eglise protestante de Genève, coordinateur du groupe inter-religieux de soutien spirituel en cas de catastrophe. Colette Odier, pasteur, est formatrice en éducation pastorale clinique au CHUV.

³ Il est intéressant de noter à cet égard que la nouvelle Constitution du Canton de Vaud affirme dans son article 169, al. 1 : « L'Etat tient compte de la dimension spirituelle de la personne humaine. »

⁴ Michel Cornu, bulletin du Centre protestant d'études, Genève – juin 2002

Choc traumatique et spiritualité

Si certaines formes de religiosité peuvent paraître alimenter des croyances magiques, des comportements de fuite ou diverses superstitions rassurantes⁵, nous devons reconnaître que pour beaucoup de gens la foi est une ressource. Elle leur permet de nourrir une spiritualité et une communion “ reliant ” à une transcendance où chaque histoire individuelle s’inscrit dans un projet plus vaste, en lien avec l’histoire et la culture de sa communauté.

Profondément cela donne un sens, une orientation à leur existence. Le verbe français “ s’orienter ” signifie étymologiquement “ se tourner vers l’Orient ”, c’est-à-dire symboliquement vers le lieu d’où vient le sens des choses et des êtres. Nous avons l’habitude de dire que lors d’un choc traumatique, nous sommes désorientés. Pas seulement dans le temps et dans l’espace, mais aussi dans le lien à nos repères habituels. Cette désorientation peut se trouver dans des expressions populaires telles que :

“ Qu’est-ce que j’ai fait au bon Dieu ? ”

“ Pourquoi cela m’arrive-t-il à moi ? ”, etc.

Elles font apparaître un sentiment d’injustice et d’abandon révélant une confrontation insoutenable avec l’absurde, le tragique de la vie et la prise de conscience d’une fragilité ignorée ou refusée. Ce cri que fait surgir une blessure profonde peut aller dans certaines situations jusqu’à l’appel à la vengeance, jusqu’au désir de détruire ou de se détruire. Mais crier, c’est encore être vivant ! Hors de fort anciennes traditions comme par exemple celle des Psaumes ou du Livre de Job dans la Bible nous montrent l’importance de pouvoir “ sortir ” sa colère, y compris contre Dieu, et d’être autorisés à la dire parfois en des termes qui en d’autres circonstances pourraient paraître excessifs. En pouvant ainsi réagir nous sommes déjà en chemin de reconstruction de sens.

Suivant ce qui se passe au moment d’un événement traumatique, il nous arrive aussi d’entendre des victimes évoquer une protection miraculeuse. Ce qui prédomine alors c’est l’étonnement de se trouver encore vivant, rescapé, alors que d’autres, qui ont vécu le même événement, ne s’en sont pas sortis indemnes ou ont succombé. Cette réaction montre que le choc vécu interpelle la personne au niveau de son être profond, de ses croyances et de ses incroyances. C’est à la fois un réflexe de survie mais c’est aussi un signe que ces événements bouleversent ses repères habituels, les remettent en question dans l’instant mais aussi probablement dans la durée.

L’écoute respectueuse des réactions de victimes d’un choc peut ainsi les aider à réorienter progressivement leur vie en intégrant spirituellement ce vécu. L’expérience de cette présence non-jugeante peut aussi leur donner plus tard la possibilité de revisiter sans honte ou sans culpabilité leur expérience et la manière dont elles en ont parlé.

Quelle présence et quel rôle pour les accompagnants spirituels ? une indispensable collaboration interreligieuse

Tenant compte de la diversité qui marque nos sociétés de début du 21^{ème} siècle, des interventions en cas de catastrophes vont forcément toucher des personnes appartenant à diverses traditions spirituelles et religieuses. La collaboration entre les représentants de ces diverses traditions s’avère donc indispensable.

A plusieurs reprises nous avons pu constater que dans la détresse et l’urgence cette collaboration était réellement possible. Toutefois notre unité ne peut dépendre de situation de crise et il apparaît indispensable de prendre le temps, grâce à des formations spécifiques, de nous connaître et de nous reconnaître.

⁵ Certains chercheurs parlent à ce sujet de “ super-marché du religieux ”. Voir entre autres “ Croire en Suisse ” édité par les Editions Labor et Fides, 1992 sous la direction du sociologue Roland Campiche, ainsi que l’ouvrage qui vient de paraître du même auteur : « Deux visages de la religion - Fascination et désenchantement », Labor et Fides, Genève 2004

Nous pouvons alors apprendre ce qui est important et prioritaire dans notre souci commun de l'humain. Nous pouvons aussi mettre en place des interventions complémentaires grâce à la diversité des ressources et des charismes que cette action coordonnée permet de rassembler.

une intervention commune avec les psychologues et d'autres praticiens de la relation d'aide

Comme déjà dit dans les chapitres précédents, celles et ceux qui sont appelés à être présents dans un lieu d'accueil lors d'un événement particulièrement dramatique ne sont pas là pour mettre en œuvre une "technique" ou une "science", mais d'abord pour assurer une présence humaine. De même qu'il ne s'agit pas d'entreprendre une thérapie dans cette situation, le "soutien spirituel" exclut tout prosélytisme ou toute tentative de récupération du malheur des gens que nous rencontrons. Il est ainsi important de rappeler que c'est la personne recevant l'aide qui va déterminer ce qui va lui être proposé et non le contraire. Le badge précisant l'identité et les qualifications de la personne offrant son soutien aura certainement son importance, mais il ne doit pas être déterminant.

C'est ainsi que "spirituels" et "psychologues", ainsi que d'autres personnes présentes dans une cellule d'accueil, se rejoignent le plus souvent dans la présence respectueuse qu'ils offrent. C'est la sollicitation humaine qui importe le plus et offre un soutien solidaire aux personnes en souffrance.

La collaboration sera facilitée si les différents membres d'une cellule d'accueil ont appris à se connaître et à travailler ensemble. A Genève le groupement interreligieux d'intervention en cas de catastrophe est représenté dans le groupe de pilotage de la cellule accueil. C'est là qu'il faut chercher à élaborer les formations et les modèles de collaboration qui pourront être utiles pour renforcer les liens la cohésion de l'équipe interdisciplinaire lors d'une intervention.

mise à disposition de compétences

S'il est impossible d'établir des frontières bien précises entre soutien psychologique et soutien spirituel, il est toutefois possible de relever quelques compétences qui émergent de nos collaborations au sein d'une cellule d'accueil. Nous en nommerons brièvement quelques-unes :

la confrontation à la souffrance et plus particulièrement à la mort

Ces réalités incontournables de notre humanité sont bien sûr celles qui posent les questions ultimes. Les religions tentent d'apporter, non pas des explications ou des réponses définitives, mais un regard, une direction qui devrait permettre d'une part de faire face, sans fuir ou occulter ce qu'il y a de douloureux et de dérangeant, et d'autre part d'esquisser les ouvertures et les espérances possibles pour les vivants et les morts.

faire une place au silence et au recueillement

Le recueillement et le silence peuvent aider à trouver au plus profond de soi-même nos propres ressources spirituelles. C'est pourquoi, nous avons mis en évidence l'importance de disposer, dans les lieux d'accueil, d'espaces appropriés pour retrouver un peu de calme, se mettre à l'écart de l'agitation et du brouhaha. Cet espace de silence devrait être clairement indiqué et aménagé très sobrement.

prévoir les rituels

Les personnes qui le désirent doivent ensuite pouvoir vivre les rituels qui participent à leur reconstruction. Dans les diverses traditions religieuses, les rites funéraires permettent d'exprimer publiquement sa souffrance – selon les codes culturels propres à chacun-e - de poser ou de déposer ce qui risque autrement de nous écraser et de le vivre avec d'autres partageant le chagrin et la souffrance.

Si le souci que nous avons pour les proches des victimes est prioritaire, n'oublions pas que la confrontation brutale avec la mort qu'entraîne une catastrophe touche aussi les sauveteurs, les professionnels et les bénévoles qui participent à des équipes de soutien (y compris les aumôniers), et parfois plus largement encore la population d'un quartier, d'une région ou d'un pays.

Il apparaît donc important de pouvoir organiser assez rapidement, en lien avec les églises et les communautés religieuses locales, des services œcuméniques, voire inter-religieux, permettant à diverses sensibilités de s'exprimer tout en énonçant peu à peu une Parole qui accueille toute cette douleur, et qui ouvre des brèches face au non-sens.

Ce n'est bien sûr que le début d'un processus, mais le rituel funéraire, ou d'autres rites appropriés, favorisent son déclenchement. Pour s'en persuader, il suffit de savoir la difficulté que représente pour des familles le fait d'avoir un disparu dont le corps n'est pas retrouvé, ce qui souvent empêche le rituel nécessaire pour commencer le processus de deuil.

Pour celles et ceux qui le désirent, les communautés religieuses, en collaboration parfois avec d'autres professionnels, proposent un suivi dans le cadre de "groupes de parole" pour les personnes endeuillées. Cette démarche communautaire consiste le plus souvent à accompagner les personnes pour qu'elles puissent exprimer leurs sentiments tout au long du processus de deuil, qu'elles parviennent peu à peu à intégrer le choc et la mort dans leur réalité et, à partir de là, trouver des chemins pour reprendre leur vie avec une blessure ou une absence qui à tout jamais marquent leur existence⁶.

la capacité à vivre dans l'incertain et le chaos et à prononcer une Parole nommant cette réalité.

Les aumôniers, souvent responsables de communautés, ont l'habitude de prendre la parole, et de "gérer" les silences dans des situations dramatiques et éprouvantes pour des personnes ou des groupes. Ils savent que dans ces situations chaotiques, une parole doit être dite pour relier à la réalité et à d'autres personnes. Même lorsqu'il n'y a rien à dire, il faut pouvoir le dire !

Afin de permettre aux personnes et aux groupes de vivre les doutes et les incertitudes que génèrent les catastrophes, nous pensons donc souhaitable que des aumôniers soient associés à la préparation et à la transmission des informations.

Profond souci de l'humain, respect de toutes les dimensions de la personne, respect des sensibilités humaines, spirituelles, religieuses, voilà ce que les collaborations établies à l'intérieur de la cellule d'accueil en cas de catastrophe essaient de mettre en œuvre.

Un MAIS demeure pourtant indispensable... celui qui nous oblige à une grande humilité. En effet, quoique nous ayons pu prévoir, organiser, aménager, il est nécessaire de se rappeler que la catastrophe viendra désorganiser ce que nous aurons prévu. Elle nous poussera hors de nos limites et hors de toutes nos prétentions à organiser le chaos. Ce rappel est salutaire. Il nous invite à une grande modestie.

*Les liens de la mort m'avaient enserré,
et les angoisses du séjour des morts m'avaient atteint;
j'avais atteint le fond de la détresse et du chagrin.
Mais j'invoquai le nom du SEIGNEUR :
S'il te plaît, SEIGNEUR, sauve-moi !
Le SEIGNEUR est clément et juste,
notre Dieu est compatissant;
le SEIGNEUR garde les simples;
j'étais affaibli, et il m'a sauvé.
Moi, je retourne à mon repos,
car le SEIGNEUR m'a fait du bien.
Oui, tu as délivré ma vie de la mort,
mes yeux des larmes, mes pieds de la chute.
La Bible (Psaume 116)*

⁶ Citons à titre d'exemple la démarche proposée par Jean Monbourquette qui propose 12 rencontres sur les thèmes suivants : 1. Formuler les objectifs du groupe et des participants ; 2. Raconter l'histoire de son deuil ; 3. Développer l'espoir de résoudre son deuil ; 4. Débusquer les résistances et exprimer sa tristesse ; 5. Prendre conscience de sa colère et l'exprimer ; 6. Exprimer et transformer sa culpabilité ; 7. Prendre soin de soi au cours de son deuil ; 8. Voir clair dans ses relations humaines ; 9. Passer à l'action et régler les affaires non finies ; 10. Découvrir un sens à sa perte ; 11. Se pardonner et pardonner à la personne disparue ; 12. Récupérer son héritage.
(brochure : Groupe d'entraide pour personnes en deuil, Novalis 1993)

4.2. L'accompagnement spirituel dans la tradition de l'Armée du Salut (Ch. Staïsse)

Ce qui semble particulièrement pertinent, adapté, nécessaire dans l'accompagnement spirituel dans des situations de crise, en rapport avec la tradition salutiste:

Introduction :

L'armée du Salut trouve ses origines en Grande-Bretagne dans les quartiers miséreux de Londres, au 19^e siècle (1865). C'est un pasteur d'origine méthodiste et son épouse, William et Catherine Booth, qui sont à l'origine de ce mouvement. Alors qu'il était pasteur itinérant, il se consacre à plein temps avec son épouse dans un travail d'aide aux plus démunis de Londres, alors que la révolution industrielle a jeté beaucoup de gens dans la pauvreté, avec pour conséquences l'alcoolisme, la prostitution et la misère sociale. Cette population ne fréquentant pas les lieux de cultes, William Booth pense qu'il est nécessaire que l'Eglise aille à sa rencontre !

Le couple va fonder l'Armée du Salut, l'Eglise de la rue, en réponse aux besoins sociaux de leur époque. Ils vont se mettre à prêcher l'Evangile dans les rues et dans les bistrotts de l'est londonien. Rapidement, ce mouvement va s'étendre au monde entier. Le début de ses activités en Suisse date de 1882...

Accompagnement global de l'être humain :

Dès ses débuts, l'Armée du Salut a une vision holistique (ou globale) du travail d'accompagnement des personnes en difficulté.

Les premiers salutistes discernèrent très tôt cette vérité : on ne peut prêcher l'Evangile à une personne qui a faim et froid. Ils ont alors entrepris de subvenir en priorité aux besoins vitaux tels que nourriture, vêtement, logement, hygiène et santé en général. Actuellement, l'Armée du Salut gère à l'échelle mondiale diverses institutions et services visant à faire face aux nécessités locales.

Considérer les personnes comme ayant des besoins physiques, psychiques et spirituels, tel est bien la mission de l'Armée du Salut!

Comment le concrétiser dans une situation de crise:

Au niveau mondial: Le service d'aide en cas de catastrophe (Emergency service):

Dès ses débuts l'Armée du Salut est intervenue dans des situations d'urgence: En 1906 déjà, quelques mois après le terrible tremblement de terre de San Francisco, l'Armée du Salut distribuait 4000 colis de Noël aux rescapés, même intervention après le tremblement de terre au Japon en 1923.

Aux Etats-Unis, où les inondations et les cyclones sont particulièrement fréquents, une véritable organisation de service de secours est toujours prête à intervenir. Dans certaines grandes villes comme Chicago, lors de chaque incendie grave, l'Armée du Salut est avertie en même temps que les pompiers. Les salutistes ont alors comme premier devoir l'assistance aux pompiers assoiffés, fatigués ou blessés. Au niveau mondial il y a un service basé à Londres: "The Emergency Service", prêt à intervenir à court et à moyen terme dans des situations dramatiques en collaboration avec l'Armée du Salut locale comme à New York, le 11.09.01 ou lors des inondations en Allemagne ; ou dans des pays où elle n'était pas présente encore (Rwanda, Afghanistan, etc...) La devise de ce service est "d'apporter des soins au nom de Jésus"

A Genève:

L'Armée du Salut à Genève a une infrastructure qui lui permet d'apporter une aide pratique (magasin du vieux, locaux Rés.Amitié-Centre Espoir, cuisines, récolte de nourriture, etc...) et elle a à sa disposition des ressources humaines qui lui permet d'apporter une aide psychologique et spirituelle: officiers de l'Armée du Salut travaillant à plein temps, membres bénévoles tous engagés spirituellement (ex. du crash de Swissair, G8, incendie aux Pâquis, etc...)

Que signifie un accompagnement spirituel pour moi:

L'aide spirituelle que nous pouvons apporter dans une situation de crise ne peut être dissociée de notre action. En tant qu'Armée du Salut, la motivation de tout ce que nous faisons doit être l'AMOUR DU CHRIST. Et c'est cette dimension là que nous allons transmettre dans l'aide que nous apportons, qu'elle soit matérielle ou plus psychologique (à travers l'écoute, l'accompagnement, en prenant soin et en entourant les personnes dans la détresse). Ce ne sont pas des discours que nous allons faire en période de crise, mais nous allons démontrer notre foi et notre attachement spirituel à Dieu à travers nos actes!

Accompagner une personne spirituellement ne peut se faire que de manière incarnée, c'est-à-dire que je suis un être humain qui s'adresse à un autre être humain. Et la dimension spirituelle que j'ai en moi va se manifester à travers l'amour et l'attention que je vais porter à la personne en difficulté. Je vais lui communiquer (verbalement ou non) que c'est une personne importante pour Dieu, que sa souffrance est légitime, qu'elle a le droit d'exprimer ses peurs et ses pleurs, qu'elle est respectable en tant que personne, je vais prier avec elle ou pour elle intérieurement. Et tout cela fait partie d'un accompagnement spirituel, parce que ça permet d'ancrer la personne dans la Vie.

4.3. Evolution du concept de soutien spirituel

(Maurice Gardiol)

Pour comprendre la place et le rôle du groupement interreligieux d'intervention en cas de catastrophe, il nous paraît utile de rappeler très brièvement l'évolution du concept d'aumônerie au sein des Eglises et communautés religieuses puisque c'est dans ce cadre que peut se situer notre action.

Dans la plupart des religions, le souci des pauvres, des exclus, de la veuve et de l'orphelin ou des victimes de violences et d'injustices fait partie des attitudes fondamentales attendues des croyants. Ainsi lisons nous dans la Bible hébraïque :

Le SEIGNEUR, votre Dieu, est le Dieu des dieux, le Seigneur des seigneurs, le Dieu grand, vaillant et redoutable, qui ne fait pas de favoritisme et qui n'accepte pas de pot-de-vin, qui défend le droit de l'orphelin et de la veuve, qui aime l'immigré et lui donne du pain et un manteau. Vous aimerez l'immigré, car vous avez été des immigrés en Egypte. (Deutéronome 10.17-19)

Parmi les 5 piliers de l'Islam, la *Zakât* est un don fait au pauvre en signe de partage et de solidarité. Cette « aumône » n'est pas considérée comme un appauvrissement mais bien comme un enrichissement et cela met d'une certaine manière en évidence que le don véritable est un échange où chacun se trouve reconnu dans sa dignité et non pas, comme l'écrivait Anatole France quelque chose qui « avilit à la fois celui qui la reçoit et celui qui la donne ».

Rappelons-nous encore des nombreuses histoires des traditions orientales qui évoquent l'importance pour chacun de prendre en compte les souffrances et les manques de celles et de ceux qu'il croise sur son chemin de vie.

Pour les Eglises chrétiennes, leur engagement aux côtés des « victimes » s'enracine dans ce qui est au cœur du message de l'Evangile, tout en reconnaissant que le christianisme n'a pas le monopole de la charité. Il est du reste frappant de constater que l'un des textes les plus connus qui évoque notre responsabilité envers les victimes met en scène un Samaritain qui agit de la manière juste envers un blessé alors que les gens bien religieux passent à côté de lui et ne se soucient pas de son sort !

Cet engagement a toutefois évolué au cours des siècles. De la pratique d'une charité individuelle ou à l'intérieur des communautés, il s'est peu à peu adapté aux changements sociaux et culturels. Au 16^{ème} siècle Calvin à Genève, St-Vincent de Paul en France donnent de nouvelle base a cet engagement et l'organisent dans des institutions et des réseaux où des personnes sont formées pour ce service.

Avec l'urbanisation, le développement des sciences et des connaissances, d'autres changements interviennent et de nouveaux défis doivent être relevés. Comme dans d'autres domaines, l'assistance fait place à des démarches plus professionnelles et c'est ainsi qu'apparaissent des services spécialisés tels que Caritas ou le Centre Social Protestant. Les Eglises, ou tout au moins leurs membres ont joué un rôle important dans la création d'Ecoles d'infirmières et d'Ecoles de service social.

Les aumôneries, que ce soit dans les prisons, dans les hôpitaux, mais aussi dans les ports et les aéroports, ont aussi vécu de profonds changements. Il fut un temps, avant la séparation entre Eglises et Etat, où elles étaient intégrées dans la direction des institutions concernées⁷. Puis, dans l'Etat laïc elles ont été le plus souvent cantonnées dans un rôle en marge des autres activités « techniques » ou « scientifiques » de ces mêmes établissements. Les aumôneries étaient alors surtout centrées sur la « visite » et sur les soutiens et réconforts que la religion pouvait offrir, par la prière et les sacrements, aux adeptes de telle ou telle croyance.

Toutefois, en particulier avec le développement des soins palliatifs, nous avons pu constater une prise de conscience sur l'importance d'intégrer le « spirituel » aux soins. Et ceci pas seulement pour des personnes se réclamant de telle ou telle religion, mais plus globalement à l'être humain qui de diverses manières a des ressources et des questions d'ordre spirituel.

C'est ce que reconnaît l'Organisation mondiale de la santé lorsqu'elle définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁸. C'est à partir de cette prise de conscience que certains auteurs iront jusqu'à écrire que « les établissements qui négligent la dimension spirituelle dans leur énoncé de mission ou dans leur prestation de soins quotidiens risquent de n'être que des garages biologiques où les patients sont réparés ou remplacés »⁹.

Cette nouvelle approche demande aux soignants d'accepter la présence à leurs côtés d'autres acteurs aptes à les aider à mettre en évidence cette dimension particulière de la spiritualité dans nos existences. Comme le souligne le pasteur François Rosselet, aumônier dans un centre de soins palliatifs : « L'intégration consciente de la dimension spirituelle dans notre prise en charge va effectivement et concrètement modifier notre façon de voir ces personnes. Notre regard et notre attitude peuvent-ils intégrer les quatre dimensions du corporel, de l'émotionnel, du psychique et de l'ontologique ? Peut-on imaginer voir ce regard faire place consciemment aux dimensions de la contemplation, de la communion, de cet au-delà de l'humain qui donne à l'humain son véritable statut ? »¹⁰

Cette approche exige aussi des aumôniers et des bénévoles travaillant dans les aumôneries des formations spécifiques leur permettant de communiquer et de collaborer sur le terrain avec des professionnel·les d'autres disciplines. Cela entraîne beaucoup de questions et de résistances de part et d'autre. En effet la définition des « besoins spirituels et religieux » reste difficile. Bien des auteurs tentent de préciser ce qu'ils recouvrent.

L'un d'entre eux le formule ainsi : « La spiritualité implique des questions (issues) universelles d'intention (*purpose*) et de sens (*meaning*) de la vie et appartient à l'essence humaine en quête de valeurs transcendantes. (...) En comparaison la religion comprend une croyance structurée qui aborde les questions spirituelles souvent au moyen d'un code éthique et une philosophie incluant la foi en un Dieu . »¹¹.

⁷ Jusque dans la première moitié du 20^{ème} siècle bien des hôpitaux furent créés et dirigés par des communautés religieuses !

⁸ *Constitution de l'OMS*, chap. 1

⁹ Gibbons J.-L. et Miller S., *An image of Contemporary Hospital Chaplaincy*, *Journal of pastoral care*, 1989 43(4), 355.

¹⁰ Rosselet F., *Prise en charge spirituelle des patients : La neutralité n'existe pas*, *Revue Médicale de la Suisse romande*, No 122, 2002. Ces deux citations ont été rapportées dans le Travail de Mémoire de La Framboise D., *Quelle place pour la spiritualité dans nos hôpitaux ? Une analyse des pratiques de la pastorale de la santé dans le Canton de Vaud*, Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève, 2004

¹¹ Rousseau

Une autre théologienne précise « La dimension spirituelle de l'être se situe toujours au-delà de ce que nous pourrions en dire... Il convient de rappeler que la dimension spirituelle de l'être ne s'enracine pas dans le champ du savoir, mais dans l'expérience de la conviction »¹².

Notre collègue Cosette Odier, pasteure et formatrice en éducation pastorale clinique au CHUV qui cite ces auteurs dans un article récent met en évidence la difficulté d'établir une définition claire de la spiritualité, ce flou expliquant en partie la difficulté à la prendre vraiment au sérieux dans les soins.¹³ Cela n'empêche que de nombreux lieux expérimentent depuis plusieurs années la complémentarité des approches et des interventions. Cela donne des résultats encourageants et permet aussi de se poser de nouvelles questions ensemble, importantes pour les uns et pour les autres. A titre d'exemple je me permets de citer un extrait de la conclusion de l'article de Cosette Odier déjà mentionné :

Dans les soins, il est évidemment indispensable de pouvoir maîtriser beaucoup pour espérer améliorer l'état de santé de ceux et celles qui se confient au système de soins. Maîtriser l'accès aux examens qui permettront de poser un diagnostic, maîtriser les traitements pour qu'ils donnent les résultats escomptés, maîtriser les effets secondaires, maîtriser le mieux possible l'organisation de son travail et de celui de ses collaborateurs et collaboratrices, maîtriser les coûts de la santé.

Aborder la dimension spirituelle des soins nécessite pourtant d'accepter de lâcher cette maîtrise, au moins pour un temps. Aller à la rencontre de l'autre dans son mystère, apprendre à connaître ses références, ses croyances, découvrir avec lui ses ressources du moment, oblige de ne pas s'offusquer des contradictions de pensées, de sentiments.

Vivre ensemble la peur et la confiance, le doute et la foi, la colère et l'espérance, le sentiment d'abandon et la conviction de la présence du Tout Autre n'est pas rare dans le cadre de références spirituelles. Pour les croyants, avoir placé sa confiance en Dieu n'exclut pas la peur de l'incertitude, le doute passager n'empêche pas de vraiment compter sur le don de la paix et de la foi renouvelée. Le croyant peut crier sa colère à son Dieu quant à l'injustice de ce qui lui arrive avec la confiance que son cri a été entendu et que de nouveaux paysages s'ouvriront à lui. Il fait vivre ainsi à l'accompagnant bien des paradoxes.

Le sens donné à la souffrance est emblématique. Les résultats de travaux de recherche pour soulager les douleurs physiques ou psychiques permettent aujourd'hui d'exiger de tout soignant une attention soutenue afin de ne pas laisser des patients « souffrir inutilement ». Par ailleurs, quiconque se retourne sur sa vie avec sérénité doit souvent reconnaître que les périodes de son existence qui ont été les plus difficiles, celles où la souffrance a été au rendez-vous, ont été les périodes de plus grande transformation, de maturation, voire même de libération. Nous ne pouvons qu'accepter ce paradoxe : il est nécessaire de faire ce qui est en notre pouvoir de soignants pour soulager ceux et celles que nous soignons, mais sachons aussi que l'expérience douloureuse que nous traversons avec eux peut comporter les germes de maturation et de croissance spirituelle.

Suivant les lieux et les circonstances, le travail des aumôneries ne peut être envisagé sans des liens et des collaborations oecuméniques. Il n'est en effet pas ou plus possible d'imaginer dans des établissements hospitaliers ou dans d'autres institutions des chapelles réservées pour chacune des confessions. Ainsi nous disposons à l'Hôpital cantonal d'une chapelle oecuménique et à l'Aéroport de Genève d'un lieu de recueillement interreligieux. Ces liens et ces collaborations nécessitent des reconnaissances et une confiance réciproques dans la mesure où les uns et les autres peuvent être appelés dans l'urgence à intervenir auprès de personnes d'autres confessions, ne serait-ce que pour faire le relais lorsque c'est possible avec quelqu'un de leur communauté si cela est désiré.

¹² (Michel, 1999, p. 20 et 21).

¹³ Odier C., *Accompagnement spirituel ou faire passer un chameau par le trou d'une aiguille*, article à paraître dans la revue québécoise Frontières.

A Genève ce sont ces pratiques de collaborations oecuméniques et l'existence depuis plusieurs années d'une Plateforme interreligieuse permettant une meilleure connaissance des uns et des autres qui a permis la mise en place de notre groupement d'intervention.

La Plateforme interreligieuse a mis en place des espaces permettant de se connaître au travers d'un dialogue exigeant et sans complaisance. Les relations ainsi tissées ont permis des réalisations communes, telles que le « calendrier interreligieux » ou les « journées interreligieuses ». Mais elles nous ont aussi donné la capacité d'intervenir ensemble dans des situations d'urgence.

Les collaborations interdisciplinaires dans divers lieux hospitaliers nous ont permis pour leur part d'établir les liens nécessaires avec les divers participant-es de la cellule accueil, en particulier avec l'équipe des psychologues. En ayant des échanges réguliers avec Michel Berclaz pendant la rédaction de son manuel de formation, nous avons aussi trouvé des terrains d'entente nous permettant de progresser dans la vision d'une collaboration étroite au sein de ladite cellule.

Au travers des exemples et des témoignages que nous allons maintenant vous proposer nous allons tenter de vous dire comment nous essayons de remplir cette mission dans diverses formes de présence auprès de personnes lorsqu'elles sont confrontées à la maladie, à la mort, à l'exil ou à l'exclusion. Tout en précisant que cette dimension du « spirituel » et du « religieux » n'est pas réservé à la confrontation au « non vivant », mais fait aussi partie intégrante du « vivant » confronté à ses fragilités, ses limites, mais aussi son potentiel de créativité et de poésie.

4.4. De la légitimité du soutien spirituel

(Michel Berclaz)

Ce manuel de formation pour les intervenants en situations de crises s'intitule : "**Traumatisme et intervention, le soutien psychosocial et spirituel**" parce que définir une l'intervention nécessite d'abord de définir ce sur quoi porte cette intervention.

A l'époque, le sujet de l'intervention semblait être le traumatisme. On avait beaucoup parlé de ce concept, on avait décrits ses contours et ses contenus, ses réactions et ses symptômes. Les psychothérapeutes habitués à recevoir des personnes souffrant encore, bien des années après, de très anciennes blessures, rêvaient de pouvoir mettre en place une réponse, pendant et juste après les drames, réponse propre à prévenir le développement de telles détresses. Des méthodes ont été élaborées pour tenter de remplir cette fonction de prévention, pour chercher à soulager quelque peu ces douleurs. Nous avons ainsi pensé et théorisé autour du "**Traumatisme et de l'Intervention**". Il ne nous a pas fallu longtemps avant de réaliser que :

- nos interventions ne portaient pas sur le traumatisme, mais nous amenaient à entrer en contact avec des individus, avec leurs différences, leurs histoires distinctes et que
- la portée de nos actions était des plus réduites face à l'ampleur de leur détresse.

En tant que psychologues, nous connaissions bien le développement humain, émotionnel comme intellectuel, la construction du soi, celle de la pensée. En tant que cliniciens, nous avons étudié les diverses formes de souffrance et les variétés de pathologies. Nous savions observer, tester et diagnostiquer. Nous connaissions parfaitement les effets potentiels des drames sur la personne. En tant que thérapeutes, nous avons l'habitude de travailler avec des personnes en grande souffrance. Nous avons appris à rencontrer, accompagner. Nous maîtrisons des outils communicationnels et relationnels pour soutenir la personne dans son évolution et le dépassement de ses difficultés, mais surtout, nous avons appris à nous protéger de l'effet dévastateur du contact avec le débordement émotionnel. Nous avons développé les compétences permettant d'entrer en relation avec la personne, contacter sa souffrance, sans nous laisser embarquer par les vagues qu'elle produit. En d'autres mots, nous avons appris à prendre la distance nécessaire... nous pensions être les personnes les mieux à mêmes pour intervenir dans l'immédiateté des drames et des catastrophes.

A l'époque déjà, nous réalisons que les réactions associées aux incidents critiques n'étaient pas des maladies, que nos interventions ne pouvaient donc pas être des traitements. Très vite nous avons dû admettre la limite de la portée de nos interventions et la vanité de nos intentions concernant la prévention. C'est pour ces diverses raisons que nous avons choisi, plutôt qu' " intervention médico-psychologique " l'intitulé de " **soutien psychosocial** ". Nous pensions toujours être les bonnes personnes pour l'intervention, mais celle-ci allait porter plus sur les aspects sociaux que psychologiques. Dans ce sens, le terme psychosocial venait en contre-chant sur le traumatisme et l'intervention. Nous présentions alors les deux côtés de l'ambivalence (parce que sur ce point également la dialectique du traumatisme fait rage), d'un côté le professionnel et les considérations scientifiques, de l'autre l'humain dans son contexte social.

Finalement, l'expérience de ces rencontres particulières nous a amené à réaliser l'importance d'une dimension généralement inattendue pour nous. En effet, la confrontation à la mort, parce qu'on l'a frôlée ou parce que des proches sont décédés ou encore parce qu'on a vu quelqu'un mourir, amène les personnes à se poser des questions profondément existentielles. Ces questions que nous ne nous posons souvent pas, ces questions que nous abordons sous un angle théorique, avec distance ou avec une passion intellectuelle, lorsque nous nous les posons, dans ces situations de drame et de terreur, émergent avec une acuité intense, une totale actualité. Elles occupent tout notre esprit et exigent une réponse infaillible et tout à la fois impossible.

Lorsque nous réalisons véritablement à quel point notre vie est susceptible de s'arrêter à tout instant, lorsque nous sommes confrontés à l'inimaginable, l'inconcevable, le décès de notre enfant par exemple ou encore lorsque nous réalisons l'ampleur des atrocités que l'humain peut faire subir à l'humain, il ressort comme une évidence toute une série de questions telles :

- mais si la vie peut s'arrêter ainsi, quel est son sens, à quoi sert-elle ?
- quel peut bien être le but de l'existence, si elle doit être aussi douloureuse et finir comme ça ?
- finalement, qu'est-ce qu'il y a après la vie ?
- la mort est-elle la fin de tout, mais c'est inimaginable, et alors qu'y a-t-il après ?
- où est mon enfant maintenant ? A-t-il froid, mal, peur ? Peut-il nous voir et nous entendre ? Pourrions-nous lui dire encore un mot, lui poser les questions que nous n'avons pas eu l'occasion de poser de son vivant ?
- pourquoi nous ? Et si nous avons été choisis pour une telle destinée, qu'est-ce qui choisit ?
- s'il y a une forme de vie après la mort, si quelqu'un choisit notre destinée alors peut-être que Dieu existe ?
- mais si Dieu existe, pourquoi me fait-il vivre une telle chose ?
- comment Dieu peut-il laisser les hommes faire des horreurs pareilles ?

et en l'absence de réponse satisfaisante, nous pouvons même entendre des affirmations de colère, de rage et de douleur comme :

- Dieu n'existe pas, je le hais !!!

Ainsi, après le psychosocial, ces questions existentielles nous ouvre une autre dimension, **le spirituel**. Il fallait s'y attendre. Ne dit-on pas que la structure sociale et le religieux apparaissent dans le développement phylogénétique à partir du moment où apparaît un rite mortuaire, c'est-à-dire la réalisation de passages du vivant au non vivant, de l'absence d'un individu dans le groupe, du manque que cette absence va produire chez les proches et de la peur que ce passage éveille chez les vivants.

Au-delà de l'aspect individuel, on constatera encore qu'une catastrophe entraîne une rupture du lien, une cassure à l'intérieur de soi et entre soi et l'autre. Une rupture de la confiance en l'autre, une perte de la confiance en soi, des croyances, des valeurs, et finalement, une perte des illusions nécessaires qui nous permettent de vivre à peu près confortablement dans l'existence. C'est bien là la véritable souffrance traumatique, non plus au sens clinique du terme, mais dans sa dimension profondément humaine et sociale.

Nous savons que la personne dans et suite à de telles situations, court de grands risques de devenir hypersensible, vulnérable, irritable, susceptible, méfiante et finalement hostile. Sa souffrance, dans la durée, irrite les proches, les agresse et leur fait vivre à leur tour un intense sentiment d'impuissance. La détresse individuelle s'attaque progressivement au lien entre les personnes et pourtant, c'est dans et par ce lien que le soulagement de la douleur peut trouver son chemin.

Que sommes-nous en dehors de nos groupes sociaux et de nos communautés ?

Ainsi, la réponse à apporter tire sa source de valeurs sociales et spirituelles, telles la préoccupation pour l'autre, la solidarité, l'alliance entre les personnes pour combattre les déboires de l'existence, la douleur, la solitude et en particulier le désespoir. C'est là le sens du psychosocial et du spirituel. Le soutien immédiat et post-immédiat tire sa légitimité de la nécessité (pour ne pas dire le devoir) pour un groupe social d'entourer et d'accompagner leurs membres dans les moments de détresse intense (comme pour les instants de grande joie et de fêtes).

Or, jusqu'à pas longtemps, c'était la fonction exclusive des communautés religieuses et de leurs guides. Sans vouloir ici entrer dans un débat concernant la création ou le créateur, si les religions avaient été « inventées » ce serait particulièrement pour ces circonstances particulières. Leur légitimité y est donc entière et indiscutable.

Si nous nous rapportons aux questions existentielles relevées plus haut, force nous est d'admettre que les représentants des communautés confessionnelles sont mieux à même d'accompagner les personnes dans la réflexion. Les psychologues, dont la tâche est de tenter de comprendre le vivant, sont souvent bien peu armés pour traiter du non vivant ou de l'après la vie. Ces questions existentielles, c'est maintenant évident, sont abordées dans une démarche spirituelle.

Toutefois, le psychologue, par la connaissance qu'il a du fonctionnement du vivant et de sa nature est à même de repérer les aléas produits par la détresse sur toutes les personnes impliquées, y compris les divers intervenants. Par exemple, de relever que le propre d'une situation dramatique de catastrophe, est de faire passer la personne du rôle de sujet de son existence à celui d'objet. Etre victime, c'est perdre le contrôle et la maîtrise de notre existence. La personne victime perd son libre arbitre. Elle ne fait plus ce qu'elle veut, elle est l'objet de la volonté de personnes mal intentionnées ou de la force de la nature.

Le bénévolat, les bonnes intentions, l'envie d'aider (associer à un besoin intense de sortir de notre sentiment d'impuissance en gagnant du contrôle sur la situation) va faire passer la personne victime de l'état d'objet des mauvaises intentions d'un individu ou des forces de la nature à l'état d'objet de la bonne volonté des intervenants. Cet état est certainement préférable, cependant il ne permet pas à la personne de quitter celui de victime. Il maintient la personne dans une situation de dépendance. Le véritable changement ne peut résider que dans l'accompagnement de l'individu vers le retour à son état de sujet. Nous retrouvons là la spécialité du psychologue qui oriente son travail vers la reprise d'autonomie de l'individu et qui valorise l'interdépendance plutôt que la dépendance.

Tout intervenant, qu'il soit « spi » ou « psy » et quel que soit la pureté de ses intentions, court le risque, au travers de son intervention, de se substituer à la personne ou à son entourage naturel. Dans le besoin qu'il ressent de combattre son sentiment d'impuissance, il peut chercher à augmenter son propre contrôle et sa maîtrise personnelle des événements et des personnes, risquant ainsi de mettre la personne victime en dépendance et de disqualifier ses proches. Son besoin d'être utile comme efficace risque de flatter son propre narcissisme aux dépens de l'estime de soi de ceux auprès de qui il intervient.

Ce dérapage pourrait prendre la forme, pour le psychologue d'une tendance à la « thérapéutisation », à sous-estimer les compétences et les moyens des personnes victimes, pour les aumôniers d'un glissement vers des réponses pré-pensées et au prosélytisme.

Ainsi, de la même façon qu'il s'agit pour le psychologue de distinguer la thérapie d'une intervention visant simplement à permettre à la personne de s'orienter et de mobiliser ses ressources, il s'agit pour le pasteur, le prêtre, le rabbin ou l'imam de distinguer l'enseignement ou le message religieux du simple accompagnement dans une réflexion spirituelle et les ressources que la personne peut tirer de ses propres croyances.

Le « religieux » qui serait défini par une famille de croyances et de dogmes pré-définissant le rapport de l'humain avec le sacré, ou celui qui mélangerait pratiques, rites, croyances, foi et superstition n'a pas sa place dans une organisation officielle de soutien en situation de crise et de catastrophe.

Etymologiquement parlant, si pour « religion » nous choisissons la racine latine **re-ligare** (re-liaison) et que nous la concevons comme la relation de l'humain au divin, nous ne sommes pas loin de la spiritualité tout en nous approchant dangereusement du prosélytisme. Par contre s'il s'agit du lien des humains les uns avec les autres, la chose est bien différente. Si nous choisissons la racine **relegere** (relire, reprendre) en opposition avec **neglencia** (ne pas se soucier) ou encore au **religio** (scrupule) de Cicéron, nous évoquons l'idée de l'observation scrupuleuse des rites et de la peur face aux forces surnaturelles, nous retournons vers les dogmes et la superstition.

Au Japon ou en Chine, le mot religion correspond à la combinaison de deux sinogrammes désignant, pour le premier un groupe uni par le culte des mêmes ancêtres et le second signifiant « enseignement » ou « école ». Une fois encore, à mon sens, si la réunion d'un groupe autour d'une même croyance peut avoir sens, il n'y a pas de place pour un enseignement religieux dans un dispositif de soutien psychosocial et spirituel.

La **démarche spirituelle** à laquelle je fais référence ici, n'appartient pas nécessairement au cadre institutionnalisé d'une religion donnée. Elle désigne une réflexion individuelle ou collective, traitant de la vie de l'esprit (relatif à l'existence d'un ordre de réalité différent de celui du corps physique et à ses instincts ataviques). Au-delà du rationnel, du moral et du psychologique cette démarche cherche à accompagner l'individu ou le groupe dans les méandres des questions existentielles, sans chercher à expliquer ou à convaincre, mais dans l'intention exclusive de permettre à la personne de reprendre contact avec des ressources qui sont les siennes propres mais qui nécessitent, dans ces situations d'extrêmes détresse, d'être mobilisées.

Les rites, lorsque respectueux des divers croyances, dans la tolérance des différences, se montrent souvent d'une grande utilité dans le sens où ils rassemblent les individus dans la réalisation des événements (ils aident à sortir du déni) et parfois pour en marquer la fin, tout en laissant la place à l'expression des émotions qui s'y attachent.

En définitive, chacun à sa place dans les dispositifs de soutien et le support social reste l'affaire de tous. Les « spi », les « psy » comme tous les autres également, peuvent trouver leur place légitime autour de l'objectif commun que serait de permettre la mobilisation des ressources individuelles et collectives, quelques qu'elles soient, et pour peu qu'ils puissent juguler leurs tendances naturelles à vouloir contrôler et à entrer en compétition avec les autres intervenants.

En dehors de la richesse qu'elle rend possible, la pluridisciplinarité permet d'offrir des choix. Dans ce contexte, le choix n'est pas une chose banale. En effet, nous l'avons vu plus haut, la personne victime se voit imposer des événements, des souffrances et des contraintes. Elle a perdu momentanément son libre arbitre. Pouvoir choisir, c'est déjà gagner en liberté. Quand ce choix est libre, éclairé, sans stratégie ou manigance, un grand pas en dehors de l'état de victime a été franchi. Quels choix pouvons-nous offrir ?

- désirez-vous du soutien ou non ?
- acceptez-vous d'entrer en contact avec nous ?
- si oui, préférez-vous un aumônier, un psychologue ou quelqu'un d'autre ?
- si vous désirez un aumônier, avez-vous une préférence sur sa confession ?

Pour qu'il y ait véritablement des choix, la personne victime doit savoir à qui elle s'adresse (l'intervenant s'est présenté par son nom, sa fonction, son appartenance et devrait porter un badge ou un autre signe de reconnaissance) et les possibilités devraient lui être formellement proposées. Mais un fois encore, si c'est le cas, la pluridisciplinarité devient un outil fondamental. Elle est source d'enrichissement pour chacun et elle permet cette chose sans prix qu'est le choix.

5. LES RISQUES DU METIER ET L'AUTOPROTECTION

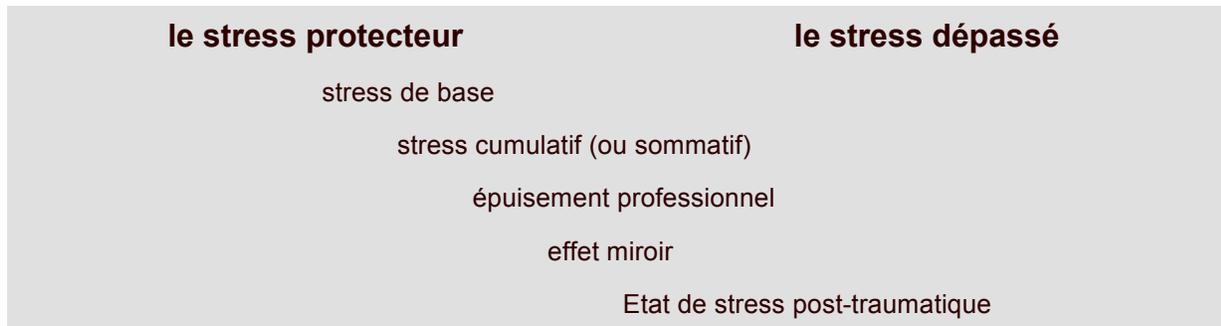
5.1. Généralité

On a longtemps pensé que la profession policière était de loin la plus stressante. Cependant, des études comparatives (Patterson, 1992) tendent à montrer que d'autres métiers associés par exemples aux urgences médicales ou au travail dans les prisons sont tout aussi stressants, si ce n'est plus, que les tâches policières. Il faudra probablement accepter l'idée selon laquelle chaque profession présente sa quantité et ses formes de pressions et de contraintes, de responsabilité, de tensions relationnelles et qu'en finalité le stress sera la résultante de l'interaction entre ces divers éléments et la rencontre avec un individu, singulier, avec ses facilités d'adaptation et sa capacité à retrouver des ressources.

La consommation d'une grande quantité d'énergie nécessaire à cette adaptation, la confrontation à un quotidien pénible ou à des événements difficiles, ne peut s'opérer sans en payer un certain prix. Son coût peut porter sur :

- la personnalité (modification durable, endurcissement versus vulnérabilisation),
- l'humeur (irritabilité, troubles de l'humeur),
- les comportements dangereux et addiction (alcool, drogue, jeux, conduites à risque),
- la vie familiale (difficultés relationnelles, divorces, éclatement familial),
- la vie sociale (retrait et isolement),
- la vie professionnelle (conflits, baisses des compétences, mise à l'écart et finalement licenciement).

Ainsi, certaines professions s'avèrent à haut risque, notamment en ce qui concerne :



Le stress de base : il correspond au niveau de la « ligne de base ». L'adaptation à la vie en groupe, en famille, en équipe ainsi qu'aux situations de travail implique un certain nombre de difficultés, parmi lesquelles : l'intégration au groupe, l'accommodation au style de leadership, l'adaptation professionnelle, les aléas familiaux, le manque de confort pour ne citer qu'eux. Ces efforts d'adaptation constituent le stress de base. Quoique variable d'une personne à l'autre, ce dernier est partagé par tous.

5.2. Le stress (du point de vue biologique)

Le terme de « stress » depuis les années 50 à aujourd'hui a quitté les recherches laboratoires dont il était issu pour venir dans le langage commun. Dans son parcours il a vu son sens s'élargir progressivement, au point de désigner parfois les agents stressants et d'autres les réactions à ces stressseurs.

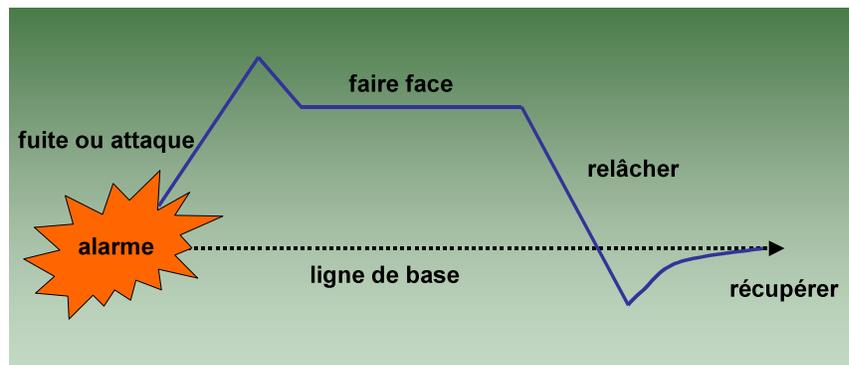
Dans le cadre d'un fonctionnement adapté, les phases du stress seraient alors :

alarme : perception d'un danger, prise de conscience de l'imminence d'un événement difficile. Montée d'adrénaline/noradrénaline et choix d'une réaction à adopter.

action – résistance : l'individu doit mener une action, son organisme doit faire face à la situation, gérer le niveau d'alarme, l'effort, la dépense d'énergie, les inflammations, etc.

relâchement : correspond au contrecoup dès la fin de la phase d'action. Il est marqué par des réactions plus ou moins visibles (jambes coupées, tremblements, nausées, fatigue, etc.).

récupération : retour progressif à la normale.



Si au début de la pensée de Seyle, le stress correspondait strictement à une réaction physiologique due à un facteur externe, le concept s'est progressivement élargi pour recouvrir l'ensemble des réactions d'un individu cherchant à s'adapter ou se réajuster à des pressions tant externes qu'internes. Ces réactions deviennent alors d'ordre :

- physiologique,
- psychologique
- et comportemental.

Dans ce cadre, on comprend que face à une agression, l'organisme tend à présenter une même réaction générale d'adaptation, mettant en œuvre une réponse biologique complexe qualifiée de « stress ». Les réactions émotionnelles de stress, composées d'éléments physiologiques et psychologiques ont une fonction clairement adaptative, qui permet de :

- focaliser l'attention sur la situation de danger,
- mobiliser l'énergie nécessaire à l'évaluation et à la prise de décision,
- préparer à l'action (sidération, fuite ou attaque).

Les émotions s'y rattachant sont inévitables et le coût en énergie important. L'épuisement des réserves en énergie peut conduire au stress dépassé.

Ce phénomène, nous l'avons vu ci-dessus, remplit une fonction indispensable à l'adaptabilité et à la survie. Il a une raison d'être clairement positive. Il va cependant toujours présenter un coût énergétique important. Par ailleurs, en fonction du niveau d'intensité, de la répétition, de la durée, des ressources et de la possibilité de récupération, le stress est une source clairement démontrée de pathologie. Parmi les risques ou symptômes associés au stress, nous pouvons trouver :

- maladies cardio-vasculaires,
- obésité,
- diabète,
- trouble de la peau,
- ulcère,
- inhibition du système immunitaire,
- abus d'alcool, de tabac, de café, de médicaments ou de drogues,
- troubles mentaux,
- insomnie, cauchemars,
- fatigue, apathie,
- maux de dos ou de tête,
- problèmes sexuels,
- tensions musculaires,
- replis sur soi, peur, anxiété,
- irritabilité, agressivité et hostilité,
- incapacité à se concentrer, troubles de la mémoire,
- image de soi négative,
- hyperactivité, comportements rigides, stéréotypés,
- ...

Les points de suspension viennent signifier ici qu'en fait, n'importe quelle trouble ou pathologie pourrait être associé, d'une façon ou d'une autre, au stress. En effet, pour présenter une pathologie, il faut notamment :

- un organe (une femme ne présentera jamais de cancer de la prostate),
- un contexte ou terrain favorable à la pathologie,
- une source ou un déclencheur approprié

or, le stress présenté de façon trop répété ou chronique est un excellent terrain pour le développement de n'importe quelle pathologie et le stress intense (stress aigu) est un déclencheur puissant.

5.3. Le stress cumulatif

Contrairement au stress traumatique causé par une seule situation violente et soudaine, est le résultat de l'exposition prolongée à des agressions diverses et répétées quotidiennement. Nous y trouvons par exemple :

- les aléas familiaux,
- les difficultés socio-économiques,
- le climat d'insécurité,
- les événements de vie et changements en cours,
- les frustrations ressenties...

Cependant, parmi les événements de vie, nous avons également la répétition d'expériences de confrontation avec des situations critiques. Il semblerait notamment que les professionnels impliqués quotidiennement dans des situations dramatiques (urgentistes, ambulanciers, sapeurs-pompiers, gardes frontières, policiers, sauveteurs, équipes de soutien psychologique d'urgence...) soient mieux protégés contre les réactions traumatiques que le citoyen lambda. Ces professionnels apprennent à supporter ces événements, ils ont les moyens d'anticiper. Les drames et le chaos sont leur quotidien. Ils ont appris des procédures leur permettant d'être fonctionnels même lors des bouleversements émotionnels. Ils savent « débrancher » leur contact conscient avec les émotions et évitent le sentiment d'impuissance dans le fait de remplir leur mission lors de l'intervention. Toutefois, la répétition de confrontations aux drames et à la détresse, la création de nombreux « fichiers » d'événements possiblement traumatiques produisent régulièrement une fatigue ou une usure susceptible des les amener à réagir de façon plus forte qu'à leur habitude à des situations pouvant leur paraître banales, voire développer un état de stress post-traumatique, dont le processus est associé à la cumulation de vécus difficiles quoique bien gérés jusque là.

Concernant le tableau d'échelle d'ajustement social (Ch. 6.1), le lecteur avisé relèvera facilement à quel point les unités de valeur, comme le rang paraît subjectif et finalement peu relevant. Les auteurs, Holmes et Rahe, en 1967 (c'est dire si les choses ont certainement bien changé depuis) ont tenté d'évaluer de façon quantitative l'intensité d'un stress sur une personne, représentant la moyenne des individus sans tenir compte de la signification personnelle de l'événement en soi.

Cette échelle d'ajustement social s'appuie sur l'a priori selon lequel les événements de vie, qu'ils soient bons ou mauvais, demandent une certaine énergie d'adaptation. L'étude avait porté sur des membres d'équipage de bateau, placés dans les mêmes conditions expérimentales (voyage de deux mois en mer). Les résultats avaient montrés que les personnes ayant un score égal ou supérieur à 300, dans les six mois précédant l'évaluation, présentaient un taux plus élevé de maladies que les autres, et ce de façon significative.

Naturellement, cette étude a provoqué bien des controverses en particulier concernant la haute subjectivité causée par les variations individuelles. Par la suite, d'autres recherches montreront que ce ne sont pas tant les changements de vie qui produisent des troubles, mais bien la composante émotionnelle bouleversante qu'ils sont susceptibles d'induire.

Cette liste permet pourtant de montrer comment l'addition (cumul) d'événements auxquels il s'agit de s'adapter, peut élever la ligne de base de stress.

Ainsi, certains professionnels peuvent s'avérer mieux protégés que la majorité de la population. Cependant, il arrive que dans certaines situations ils puissent également présenter un certain niveau de confusion, de débordement émotionnel et d'impuissance. Par ailleurs, contrairement à la population, les situations critiques s'avèrent le pain quotidien de ces professionnels... et le plus souvent, « on les a à l'usure ». A force, confrontés de manière répétées à la mort, aux crimes, aux atrocités de l'existence, à des conditions délétères, ils sont à haut risque concernant le stress cumulatif et l'épuisement professionnel.

5.4. L'épuisement professionnel

Du point de vue de la description médicale (nosographie et sémiologie), le syndrome d'épuisement professionnel n'existe pas. Il n'est répertorié ni dans le DSM-IV R ni dans la CIM 10 (les deux ouvrages diagnostics de référence), mais pourrait entrer dans la catégorie des « troubles de l'adaptation » ou encore des risques psychosociaux professionnels.

Les réactions propres à l'épuisement professionnel (*burnout* ou *burning out*) sont difficiles à distinguer des troubles anxieux, dépressifs voire éventuellement traumatiques. Cependant, elles en diffèrent par leur contexte (le travail), leurs sources et leur processus de développement. L'épuisement professionnel est généralement associé à la perte d'un certain nombre d'illusions et d'idéaux concernant par exemple la portée de notre travail, son évaluation par les autres, de même que le soutien institutionnel, hiérarchique ou plus généralement social.

Dit autrement, il semblerait que l'épuisement professionnel soit produit par le rapport existant entre la quantité d'efforts investis et une série de déceptions et de frustrations. Ces déceptions seraient reliées à la différence entre la représentation que la personne se faisait de son travail et la réalité concrète. Déception de ne pas pouvoir faire autant et aussi bien qu'elle l'aurait souhaité. Frustration de ne pas pouvoir faire plus, de ne pas avoir ou ne pas recevoir les moyens nécessaires pour mener à bien de façon idéale ou acceptable les tâches demandées. Frustration de recevoir critiques et réprimandes de la part des collègues et surtout des supérieurs, manque de reconnaissance de l'institution et parfois de la société en général.

Cherniss (1980) le décrit comme un processus en trois étapes, comprenant d'abord un déséquilibre entre les ressources individuelles et organisationnelles par rapport aux exigences du travail, conduisant ensuite à des réponses de nature émotionnelle (anxiété, fatigue, vulnérabilité, épuisement) et provoquant enfin des changements dans l'attitude, le comportement du travailleur et son rapport au travail. Le burnout ne constitue évidemment qu'une des réponses possibles de l'individu, qui doit continuellement s'adapter à son milieu de travail. Ces réponses varient selon les personnes en raison de divers facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

Le burnout peut aussi être un syndrome d'épuisement et de cynisme qui se manifeste fréquemment chez les individus exerçant une profession sociale, qui consacrent beaucoup de temps à des rencontres avec les autres dans des conditions de stress et de tension chronique. (*Tiré de : M. Oligny, 1990*).

Les indicateurs de l'épuisement professionnel :

- ▶ baisse d'énergie, épuisement physique et psychique ;
- ▶ insatisfaction, irritabilité, mouvements de colère, rigidité ;
- ▶ manifestations anxieuses et dépressives ;
- ▶ frustration, tendance au cynisme et aux attitudes négatives ;
- ▶ troubles du sommeil, ulcères, douleurs (dos, tête), système immunitaire affaibli ;
- ▶ difficultés à se concentrer et prendre des décisions, trouble de la mémoire ;
- ▶ baisse de confiance en soi, en les autres, condescendance, suspicion et paranoïa ;
- ▶ difficultés relationnelles avec les collègues, conflits, tendance à l'isolement ;
- ▶ conflits conjugaux et familiaux ;
- ▶ baisse d'intérêt dans les domaines sociaux-professionnels ;
- ▶ absentéisme, changements fréquents de poste, baisse des compétences ;
- ▶ présentéisme (présence exagérée, mais productivité très réduite) ;
- ▶ problèmes personnels : abus d'alcool, drogues et médicaments ;
- ▶ forte baisse de motivation au travail.

Historique

Hans Seyle (dès 1936) décrivait déjà une psychopathologie associée à une situation professionnelle.

Walter Bradford Cannon (1942) définissait une psychopathologie produite dans le contexte du travail, en particulier chez les soignants « stress des infirmières ».

Claude Veil (dès 1959) décrira scientifiquement les états d'épuisement au travail.

Le terme de Burnout sera utilisé pour la première fois par H.B. Bradley (1969) dans son article « *Community-based treatment for Young adult offenders* », pour désigner un stress particulier lié au travail.

Le terme sera repris par H.J. Freudenberger (1974), auteur des premières recherches sur le syndrome d'épuisement professionnel, dans son article « *Staff burnout* ». Il utilisera l'expression de « Burn-Out Syndrome » pour désigner la perte de motivation d'une personne pour son travail, en particulier lorsqu'une forte motivation à l'origine n'engendre pas les résultats attendus. Freudenberger, avec Richelson (1980) en donneront la définition suivante :

« Un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement du travail. » Il est à noter que s'ils reconnaissaient les aléas du travail, ils insistaient sur les facteurs personnels.

Dès 1976, Christina Maslach mènera des études sur l'usure professionnelle, notamment dans les champs du médical et de la santé mentale puis chez les avocats, qui conduiront à valider et faire reconnaître le concept d'épuisement professionnel. Contrairement à Freudenberger, Maslach attribue la cause de cet épuisement en priorité à l'environnement du travail et ses conditions. Avec K. Kelly, A. Pines, S. Jackson et M. Leiter, Maslach a travaillé sur une définition précise du burnout et la construction d'une mesure standardisée scientifiquement validée (échelle de mesure psychométrique : le Maslach Burnout Inventory).

Son outil diagnostic comptait 25 items (il passera à 22) traitant quatre axes distincts (jusqu'à l'abandon du quatrième) :

- **épuisement émotionnel** : manque d'énergie, insuffisance des ressources, frustration, tension et perte de motivation ;
- **dépersonnalisation** : détachement, cynisme et attitudes négatives à l'égard des personnes dont on s'occupe, pouvant aller jusqu'à la stigmatisation voire la maltraitance ;
- **accomplissement professionnel** : dévalorisation de la portée de son travail, de ses compétences, de ses résultats, baisse de l'estime de soi ;
- **implication** : cet axe traitant du passage d'une sur-implication à une dés-implication sera abandonné par la suite.

Ces auteurs donneront la définition suivante du Burnout : « ***un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui*** ».

Le Maslach Burnout Inventory (MBI) est probablement l'outil le plus courant pour la mesure de l'épuisement professionnel. Toutefois, il est fondamental de réaliser que, quelque soit la qualité de la démarche méthodologique, cet outil ne peut faire ressortir que ce qu'il cherche. Dit autrement, par définition il choisit de considérer qu'on nommerait « *burnout* » un état où l'on retrouve épuisement émotionnel, dépersonnalisation et manque d'accomplissement professionnel, à l'exclusion de tout autre élément potentiellement pertinent.

Au cours de la même période, Cary Cherniss propose un modèle holistique (un tout fait d'éléments en interactions réciproques et complexes) correspondant à un processus en trois étapes :

- 1) **perception d'un stress** produit par le déséquilibre entre les ressources de l'individu, les moyens mis à disposition et la charge de travail ;
- 2) **état de tension (*strain*)** : correspondant à l'épuisement émotionnel décrit par Maslach, soit : fatigue physique, épuisement émotionnel, tension et anxiété ;
- 3) **modification des attitudes et comportements** : pouvant correspondre à l'axe de dépersonnalisation de Maslach. Où la manière avec laquelle l'individu va réagir aura un impact significatif sur le développement du processus d'épuisement.

Cherniss envisage l'épuisement professionnel dans la résultante de composantes individuelles (la perception du sujet, ses formes de réactions, ses mécanismes d'adaptation) et contextuelles (des conditions de travail). Conformément au modèle de l'Analyse Transactionnelle, Cherniss explique qu'au cours de ce processus, la personne peut adopter des modalités actives (constructives) de résolution de problème ou au contraire, des attitudes et comportements négatifs (non constructifs) susceptibles de favoriser le développement de l'épuisement professionnel.

De son côté, mais toujours à la même époque, A. Pines, qui avait collaboré avec Maslach, insiste sur la part tenue par la quête existentielle (le sens donné à notre vie par la portée de notre travail). Si l'individu est confronté à un environnement défavorable (surcharge quantitative et qualitative de travail, résistance du client, contraintes et pressions administratives, inputs contradictoires, manque de soutien de la hiérarchie, pauvreté de moyens mis à disposition, collaboration difficile avec les pairs,...) et qu'il n'arrive pas à atteindre les objectifs qu'il se fixe, il va vivre un sentiment d'échec, l'impression de ne pas avoir d'impact sur son environnement. Dans le cas où il se serait particulièrement investi, où le sens donné à son existence est fortement relié à son identité professionnelle, cet échec aurait alors un effet désastreux sur lui, l'épuisement professionnel.

A partir des années 1980, un grand nombre de recherches, d'articles et d'ouvrages vont traiter de cette problématique. Il en émanera une grande quantité de définitions plus ou moins différentes, la prise en considération de causes et de processus distincts. Il faut admettre qu'en l'état des recherches actuelles, le concept d'épuisement professionnel (de Bur-Out, burnout ou burning out) :

- implique des facteurs causaux multiples et divers en interaction complexe ;
- recouvre différents processus ;
- produit des réactions clairement individuelles ;

de sorte que si l'épuisement professionnel devait être un seul et même concept, il s'agit de trouver au moins un élément commun. La logique voudrait que cet élément commun corresponde au fait que l'on attribue la source principale du désordre ou de la souffrance au contexte professionnel, quand bien même on reconnaisse la participation d'autres sources.

Dit autrement :

il s'agit de poser le diagnostic d'épuisement professionnel, si - et seulement si - dans l'analyse des composantes individuelles (personnelles), contextuelles (situations socio-familiales, conditions de vie, événement de vie, ...) et professionnelles, ce sont ces dernières qui sont considérées, dans une situation donnée, comme prédominantes et/ou que l'on peut admettre qu'elles seraient plutôt la cause que la conséquence des autres.

5.5. Réactions chez les intervenants

En résumé, retenons que les intervenants en contact avec des personnes victimes semblent présenter moins de risques concernant l'ESPT que la population moyenne. Ils sont toutefois guettés par le stress cumulatif ou sommatif et leur conséquence, l'épuisement professionnel. Si leurs sources sont distinctes, leurs signes sont relativement similaires :

- ▶ baisse d'énergie, épuisement physique et psychique ;
- ▶ manifestations anxieuses et dépressives ;
- ▶ difficultés à se concentrer et prendre des décisions ;
- ▶ baisse de confiance en soi, en les autres, suspicion ;
- ▶ difficultés relationnelles avec les collègues ;
- ▶ baisse d'intérêt dans les domaines sociaux-professionnels ;
- ▶ forte baisse de motivation au travail.

Ainsi, les réactions propres à l'épuisement professionnel sont proches de celles de l'ESPT. Cependant, l'épuisement professionnel est généralement associé à la perte d'un certain nombre d'illusions et d'idéaux concernant par exemple la portée de notre travail, son évaluation par les autres (non reconnaissance des tâches accomplies), de même que le soutien institutionnel ou hiérarchique. Ce point sera abordé dans le sous-chapitre suivant.

Nous pouvons reconnaître les émotions de nos interlocuteurs par la perception des éléments verbaux, para-verbaux et non-verbaux. Cependant, notre corps semble fonctionner également comme une antenne. Nous ressentons en nous l'émotion de notre interlocuteur.

Giacomo Rizzlati, de l'université de Parme à découvert, dans les années 90, des neurones du cortex prémoteur qui sont activés lorsque nous observons un individu faire quelque chose, les neurones miroirs. Cette découverte, sujet d'études en développement actuellement, relève, concernant ces neurones miroirs que :

- ❖ leur activation est essentielle pour donner à l'observateur une compréhension réelle et expérientielle de l'action qu'il voit,
- ❖ elle autorise l'imitation et donc l'apprentissage,
- ❖ elle permet de comprendre le comment et le pourquoi, l'intention,
- ❖ ces mécanismes sont également impliqués dans la capacité de ressentir la même émotion que l'autre (empathie),
- ❖ les actions exécutées par le sujet deviennent des messages qui sont compris par l'observateur, sans médiation cognitive.

Dès lors, il nous est difficile de discerner ce qui nous est propre de ce que produit l'autre sur nous. Nous courrons alors le risque d'être agités par ces émotions.

A l'instar du Dr Herman, admettons dès lors que le traumatisme est contagieux. Dans leur rôle de témoins de désastres et d'atrocités, les professionnels vivent un débordement émotionnel et sont susceptibles de partager des sentiments identiques à ceux des personnes victimes et leurs familles, tels la tristesse, la détresse, la colère, la rage, l'hostilité, l'impuissance, le besoin de reconnaissance ou encore la confusion. Cet effet miroir, forme "d'éponge émotionnelle" peut pousser l'intervenant à des comportements peu adéquats comme : prendre parti, jouer le rôle d'avocat, réclamer de la reconnaissance pour leur travail ou leurs propres souffrances. Finalement leur colère peut se voir diriger non seulement sur les potentiels agresseurs, mais également les collègues, d'autres intervenants, l'institution, les organisations et même contre leur propre personne. Il s'agit là de leurs propres réactions et à ce titre elles sont parfaitement naturelles. Ce phénomène est qualifié de "contre-transfert traumatique" nous la nommerons « **réponse en miroir** ».

La réponse en miroir :

Ainsi, l'intervenant peut ressentir : colère et rage, frustration et irritabilité, indignation.

Cette colère peut être dirigée non seulement sur l'agresseur, mais également sur les autres personnes impliquées, les collègues, l'institution voire contre lui-même.

- agir par la colère nous pouvons partager l'hostilité de l'autre,
- nous pouvons cesser d'être impartiaux et victimiser d'autres,
- agir par le sentiment d'impuissance, nous pouvons :
 - o être neutralisé à notre tour,
 - o nous défendre, devenir trop actif (avocat, défenseur...),
 - o et plus nous sommes actifs, moins la personne peut l'être.

Cependant, les professionnels s'identifient non seulement aux personnes victimes ou aux témoins impuissants (produisant alors un sentiment similaire à la "culpabilité du survivant") mais également aux potentiels agresseurs. Ce phénomène peut prendre bien des formes, parmi lesquelles :

- ▶ devenir extrêmement sceptiques quant aux propos des personnes victimes ;
- ▶ tendre à minimiser, banaliser ou rationaliser l'abus
- ▶ ressentir de la répulsion et du dégoût à l'égard du comportement des personnes victimes ;
- ▶ présenter des jugements de valeurs et tendre à censurer les propos des personnes ;
- ▶ ressentir une intérêt voyeuriste, de la fascination voire de l'excitation sexuelle.

Par ailleurs l'exposition répétée à des expressions de la rapacité et la cruauté humaine inévitablement

- ▶ sape la confiance en soi, en nos compétences professionnelles, le sens de notre travail;
- ▶ rend vulnérable et gêne notre confiance dans les relations les plus intimes ;
- ▶ rend cynique et nous amène à douter de la motivation des autres ;
- ▶ produit un regard pessimiste sur la condition humaine ;
- ▶ altère notre sentiment de sécurité de base, la valeur positive de soi et de la relation,
- ▶ secoue la foi et les croyances, finalement produit une crise existentielle.

Bien que ces réactions soient parfaitement naturelles, le professionnel est tenu à en maîtriser la dérive, à assurer une meilleure qualité de travail, une plus grande efficacité, à développer ses aptitudes relationnelles tant avec les collègues qu'avec les bénéficiaires de soutien. Pour se faire, un certain nombre de tâches peuvent se montrer utiles, elles peuvent s'organiser en trois catégories : la co-protection, les ressources personnelles et les moyens individuels.

5.6. L'effet miroir et la triangulation

Nous l'avons vu, parmi les risques du métier il y a l'effet miroir (contre-transfert traumatique, identification à la personne victime ou à l'agresseur) de même que le risque de triangulation (lorsque l'on rentre dans une triangulation : victime, persécuteur et sauveur). Devant les réactions de détresse intense et d'impuissance, l'intervenant court le risque soit d'être neutraliser (se sentir impuissant) soit sur-activé (devoir se sentir sur-puissant, être hyper actif) en faire trop, faire à la place de la personne victime au risque d'accroître encore le sentiment d'impuissance de cette dernière.

En effet, le fondement du traumatisme psychologique réside dans :

- la confusion,
- le débordement émotionnel,
- l'impuissance, la perte de contrôle et de maîtrise de sa vie,
- la déconnexion d'avec les autres, la perte ou l'aliénation des liens.

Ainsi, le rétablissement s'appuie sur la reprise d'un certain contrôle, d'une forme de maîtrise de la personne sur son existence ainsi que la reprise du lien ou l'établissement de nouvelles connections. Ce rétablissement ne peut trouver place en dehors d'un contexte relationnel, en aucun cas dans l'isolement. Il consiste à retrouver, recréer un certain nombre de facultés parmi lesquelles :

- ▶ le capacité à faire confiance,
- ▶ l'autonomie,
- ▶ l'initiative,
- ▶ les compétences,
- ▶ l'identité et
- ▶ l'intimité.

Or, de même que ces compétences ont été développées au sein des relations avec les autres, elles doivent être reconquises dans un cadre relationnel. Le premier principe du rétablissement consiste ainsi probablement à la reprise du contrôle et de la maîtrise par la personne victime. D'objet d'une situation ou de la malveillance d'un individu, elle doit redevenir le sujet de son existence. Elle se doit d'être l'auteur et l'arbitre de son rétablissement. Les intervenants, les soignants comme les proches peuvent proposer des conseils, du soutien, de l'aide, de l'affection ou des soins, mais en aucun cas la guérison.

Nous l'avons vu dans le chapitre concernant la relation d'aide à séances limitées, aucune intervention qui retirerait le pouvoir à la personne ne peut participer à ce rétablissement, quand bien même elle semblerait aller dans le sens de son intérêt immédiat. Dans certaines circonstances exceptionnelles, lorsque la personne a abdiqué toute responsabilité pour sa prise en charge, ou lorsqu'elle se montre à risque pour elle-même ou pour les autres, une intervention rapide s'avère pourtant nécessaire avec ou sans son consentement. Cependant, la personne devrait tout de même être consultée, et se voir offrir le plus de choix possible, dans la mesure de sa sécurité. Par ailleurs, la personne victime a vu sa confiance de base sérieusement altérée. Elle doit impérativement trouver, auprès de l'intervenant, un allié. Or, le risque de mise en dépendance est tel que ce dernier doit être extrêmement attentif à se montrer désintéressé et neutre :

- **désintéressé**, dans le sens où il doit s'abstenir d'utiliser son pouvoir pour satisfaire des besoins personnels et où
- **neutre** signifie qu'il ne doit pas prendre parti dans les conflits internes de la personne ni tenter de la diriger dans ses décisions.

Cependant, le développement d'une relation de confiance nécessite que l'intervenant ou le thérapeute affirme explicitement une position de solidarité à l'égard de la personne victime. Reconnaître le statut de victime ponctuel à la personne s'avère une étape indispensable à l'installation d'une relation de confiance, c'est une réponse au besoin intense d'être reconnu et il s'agit probablement du seul moyen pour dépasser le sentiment de culpabilité profondément ancré chez la personne traumatisée. En même temps c'est une position extrêmement risquée à moyen et long terme quant à la porte qu'elle ouvre vers la coalition, la sur-simplification, la mise en dépendance comme d'autres pièges relationnels encore.

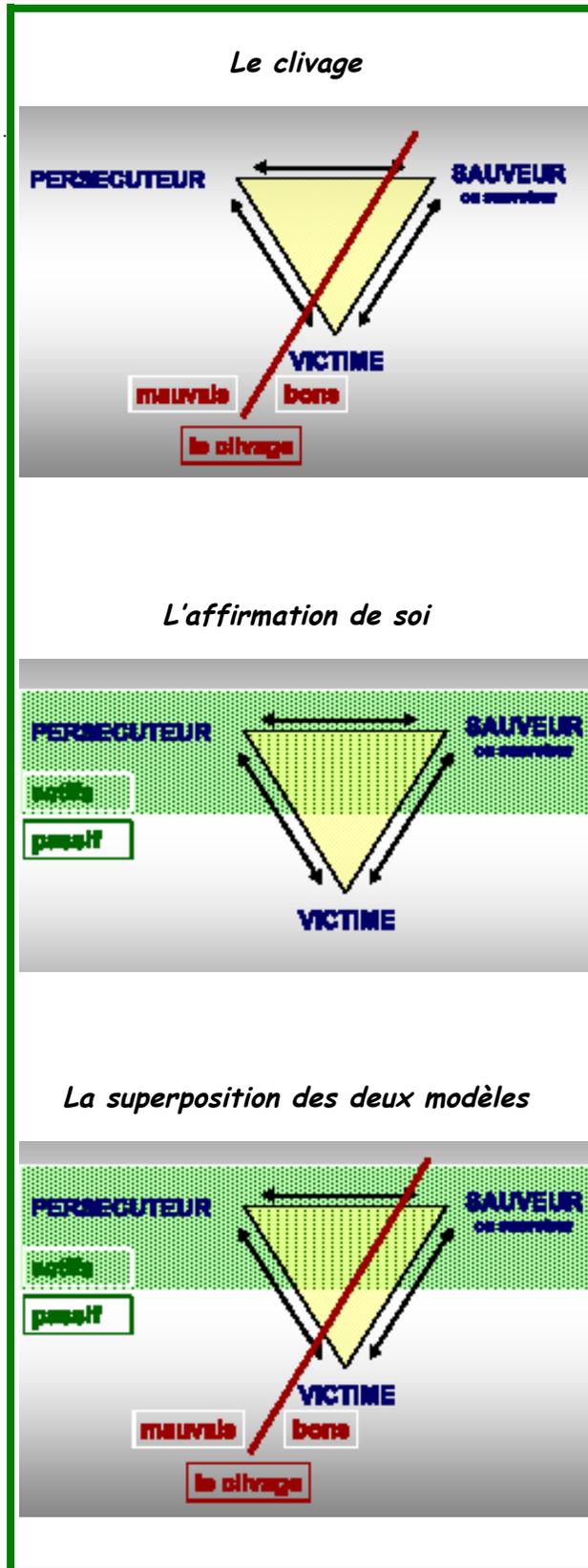
Afin de saisir ce point, je suggère au lecteur de se pencher sur le concept de triangulation proposé par l'Analyse Transactionnelle. Dans cette approche, le concept de scénario de vie explique comment les schémas de comportement dans notre vie actuelle ont pris naissance dans notre enfance. Elle fournit des explications sur la manière dont nous continuons parfois à réutiliser les stratégies de notre enfance dans notre vie adulte, même quand elles aboutissent à des résultats douloureux ou infructueux. Par conséquent, l'AT propose une théorie de la psychopathologie. Son postulat le plus fondamental tient dans ce que les gens sont « OK », ce qui signifie que nous avons, vous et moi, de la valeur, de l'importance et de la dignité en tant que personnes. Je m'accepte en tant que moi et je vous accepte en tant que vous. C'est une affirmation quant à l'essence de la personne plutôt qu'à son comportement (être plutôt que faire). Il m'arrivera quelquefois de ne pas aimer ce que vous *faites*, mais j'accepterai toujours ce que vous *êtes*. Votre essence en tant qu'être humain est OK pour moi, même si votre comportement ne l'est pas.

C'est à Eric Berne que nous devons la reconnaissance de la dynamique inconsciente des jeux. C'est le premier qui a abordé ces jeux psychologiques en tant que dynamique relationnelle. Il disait des jeux que ce sont des moyens lamentables mais terriblement efficaces d'obtenir ce dont on a besoin. Il faut donc être au moins deux personnes pour " jouer " et l'on trouve intuitivement le ou les partenaires qui ont des jeux complémentaires aux nôtres. Stephen Karpman, du vivant de Berne, a conceptualisé le "**Triangle dramatique**". Il nous permet d'illustrer et de comprendre d'une autre façon les jeux. Nous devrions d'ailleurs l'appeler le " Triangle théâtral " puisque son nom découle de la traduction anglaise " dramatic ", ce qui rend à ce concept le lien avec les jeux et les scénarios décrits par Eric Berne. Ainsi, Stephen Karpman illustre les jeux se jouant à partir de certains rôles favoris, que les joueurs assument de manière inconsciente. Nous pouvons alors rencontrer la tristesse ou la confusion de la "**Victime**", la colère ou le triomphe du "**Persécuter**", ou encore l'inquiétude ou la pitié du "**Sauveteur**" ou "sauveur". En regardant ces trois différentes positions, il faut s'imaginer que chaque personne répond à la situation en ignorant la réalité de ce qui se passe et de ce que l'autre personne éprouve; elle tient compte seulement de sa propre perspective et de ce qui se passe dans sa tête. Elle fait ainsi de lourdes méconnaissances sur les capacités de chacun à réagir à cette situation.

C'est ainsi que **Persécuter** et **Sauveteur** méconnaissent les capacités et la valeur d'autrui en le disqualifiant, et que la **Victime** se disqualifie toute seule face aux autres. On est donc là en présence de relations symbiotiques du style "*Occupe-toi de moi*" (Victime) ; "*T'es vraiment un incapable*" (Persécuter) ou "*Je vais le faire à ta place, tu n'y arriveras jamais !*" (Sauveteur). Comme on peut le voir dans le Triangle dramatique, les rôles sont interchangeable. Les individus ne commencent à jouer que quand ils ne reçoivent plus assez de signes de reconnaissance, ou que l'autre refuse de continuer. Ainsi, la " tactique " utilisée est de changer de position dans ce triangle. Reconnaissons cependant qu'il n'est pas facile d'éviter d'être victime. Force nous est d'admettre que l'autre ou les éléments sont souvent plus puissants que nous. Cependant, s'il n'est alors pas possible d'éviter d'être, à un moment donné, victime, nous pouvons faire en sorte de ne pas développer une identité de victime. Pour ce faire je suggère un cheminement en cinq étapes « les pas vers la dévictimation » (le premier ayant été ajouté par Diane Lauzier) qui sont :

Les cinq pas vers la dévictimation :

- ⇒ rétablir les faits (sortir de la confusion) ;
- ⇒ savoir dire non ;
- ⇒ nommer ce que je veux ;
- ⇒ accepter de négocier ;
- ⇒ assumer la séparation.



Ainsi, à partir du triangle de Karpman, plaçons une séparation catégorisant les protagonistes en actifs ou passifs. Nous voyons ici que le sauveur et le persécuteur partagent en commun la tendance à être actif.

Par contre, si l'on utilise la notion de clivage pour notre catégorisation, nous voyons le sauveur partager sa catégorie avec la victime. Naturellement, il faut bien imaginer qu'il s'agit ici d'un point de vue complètement subjectif. En effet, il y a fort à parier que la personne qualifiée de "persécuteur" (probablement par la victime et le sauveur), se définisse elle-même comme une victime.

Si nous superposons le triangle de Karpman, l'affirmation de soi et la notion de clivage, nous réalisons que la victime se définit comme une personne passive engagée dans des relations de dépendance avec d'autres, qualifiées de bonnes (sauveurs) lorsqu'ils vont dans son sens et de mauvaises (persécuteurs), lorsqu'elle n'est pas satisfaite.

Le persécuteur probablement n'existe comme tel qu'aux yeux des deux autres protagonistes. Il est généralement une personne active qui cherche à atteindre ses objectifs (aux dépens de la victime parfois). Cependant il peut également s'agir d'une condition passive agressive. Dans ce cas nous avons une modification de la première catégorie, la victime et le persécuteur se retrouvant dans la catégorie des passifs.

De son côté, le sauveur se montre actif (particulièrement en ce qui concerne les autres, bien plus que pour lui-même), présentant un besoin d'être apprécié, il existe dans une relation de dépendance avec une victime. De plus, il peut exercer ses propres tendances hostiles à l'égard de celui qualifié de persécuteur, et ce tout en restant du côté des "bons" dans un clivage sur-simplificateur. C'est probablement ce dernier qui scelle le triangle dramatique.

Diane Lauzier, psychologue canadienne, décrit trois clivages :

- clivage dans les croyances sur la nature humaine, jugement de valeur en bon ou mauvais ;
- clivage dans le comportement (l'affirmation) en passif ou actif, où plus le sauveur est actif plus il maintient la victime dans sa dépendance ;
- clivage dans les attitudes en relation : prise en charge versus dépendance et co-dépendance ou opposition.

5.7. Gestion du stress

Le lecteur l'aura compris, le stress, tel qu'il est interprété par les psychiatres et les psychologues correspond au débordement des capacités individuelles du sujet. Les techniques de gestion du stress visent dès lors à :

- mobiliser et accroître les ressources individuelles,
- développer les mesures d'auto-protection et
- travailler sur la co-protection (soutien, solidarité entre pairs et amélioration des relations collégiales).

Naturellement, cette démarche, du point de vue du salarié, est positive, utile et susceptible d'améliorer significativement le confort de la personne comme la qualité du lien social. Toutefois, il n'en reste pas moins que ces techniques de gestion du stress visent à améliorer les stratégies individuelles et groupales d'adaptation à la situation plutôt qu'à chercher une amélioration du contexte professionnel.

En effet, agir exclusivement sur l'adaptation au contexte professionnel plutôt que sur les conditions de travail correspond à un transfert massif de responsabilité sur les épaules des employés. Si cette stratégie peut garder tout son sens dans des situations sur lesquelles aucun moyen d'action n'est envisageable, elle présente une caractéristique perverse dans les autres cas de figure.

Le résultat des recherches épidémiologiques le montre clairement, les causes principales du stress en milieu professionnel sont à chercher dans les formes d'organisation du travail, le management orienté exclusivement vers une logique financière de maximisation des gains. Toute tentative de solution qui porterait sur autre chose que la forme d'organisation, le management et une gestion socialement orientée des ressources humaines ne serait que vaguement palliative et vouée à un succès décevant.

Ainsi, le risque évident, dans la pratique des séminaires de gestion du stress, est de servir d'alibi et de valider un mouvement de déresponsabilisation des entreprises. En d'autres termes, de maintenir, voire d'amplifier, un fonctionnement que l'on sait aujourd'hui extrêmement dangereux pour la santé du personnel. Cette pratique, strictement animée par des intentions bienveillantes pourrait, paradoxalement, avoir des effets délétères dans le sens du maintien d'un système qui nécessite impérativement d'être modifié.

Du point de vue des épidémiologistes, la réponse est sans appel, c'est sur les quatre composantes du modèle qu'il s'agit d'appliquer les tentatives de solution, soit :

- 1) calibrer les exigences du travail,
- 2) augmenter l'autonomie et de la participation de l'employé,
- 3) développer le soutien social entre pairs et par les cadres,
- 4) ré-équilibrer le rapport entre efforts et récompenses.

ce qui se trouve particulièrement bien résumé par le dernier paragraphe de l'article de Daviezies :

« Dans cette perspective, la réponse à la demande stress ne consiste pas à aider le sujet à s'adapter à la situation qui lui est faite. Il s'agit d'analyser avec lui, au plus près de sa situation concrète, les dilemmes dans lesquels il se trouve piégé et de l'aider ainsi à développer sa capacité à penser, à débattre et à agir. »

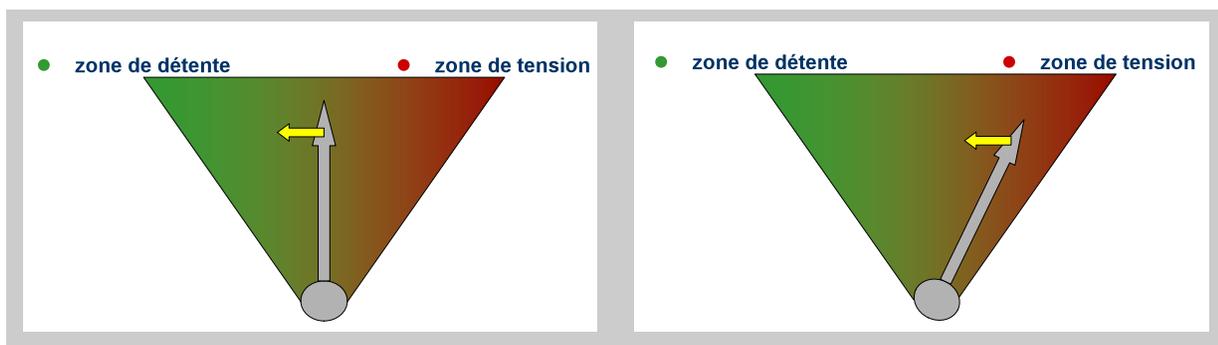
Répetons-le, le stress est un phénomène naturel utile et indispensable à la survie. Il permet de focaliser notre attention sur les difficultés et dangers potentiels rencontrés et de booster notre physiologie pour que notre corps et notre esprit puissent faire face. Il n'est donc pas question de chercher à l'éliminer. La tâche est impossible et si nous devions y arriver le résultat serait probablement dramatique. Par contre, comme nous l'avons vu, le phénomène peut s'enrayer, les mécanismes d'adaptation devenir insuffisants ou débordés.

Pour éviter ce débordement, un certain nombre de précautions peuvent se montrer utiles si ce n'est toujours efficaces. En premier lieu puisqu'il existe un rapport entre l'épuisement et la disponibilité des ressources, travailler à épargner et régénérer ces dernières est un excellent début.

5.7.1. Gestion des ressources :

- sommeil suffisant (qualité, quantité), pauses régulières,
- nourriture saine et en quantité suffisante,
- rythme de vie régulier, équilibre entre travail et loisirs,
- respect de nos limites,
- exercice physique,
- éviter alcool et drogues,
- techniques de relaxation,
- massages,
- et toutes nos méthodes individuelles de ressourcements

Le tableau ci-dessous cherche à illustrer qu'avec des méthodes de détente et relaxation données (correspondant à l'efficacité en fonction des flèches jaunes qui sont de même valeur) le moment choisi pour les appliquer est déterminant. A savoir, dans le tableau de gauche les méthodes sont appliquées en phase de stress moyen (la zone orange), elles feront passer le niveau de stress vers la zone de détente (vert). Dans le tableau de droite, les techniques sont appliquées lorsque le niveau de stress est haut... avec la même efficacité, le niveau reste dans le rouge.



Nous cherchons à montrer ici qu'un des éléments prédominant dans la gestion du stress réside dans le repérage de notre propre niveau de stress, la reconnaissance des agents les plus stressants pour nous ainsi que le repérage de nos techniques et méthodes de détentes les plus fonctionnelles, afin de les engager au plus tôt, pour garantir leur efficacité.

5.7.2. Avant et pendant l'intervention

En ce qui concerne la gestion du stress, nous trouvons ce qui se rapporte à une situation en particulier et ce qui traite des mesures à prendre ou à respecter sur le long terme. Pour ce qui est des situations ponctuelles, notamment à chaud, nous pouvons relever les points suivants :

PREPARATION MENTALE AVANT LA SITUATION

- ▶ Orientation quant à la mission : « ma tâche consiste en ... »
- ▶ Champ de responsabilité : « de quoi suis-je responsable ? Ce qui m'incombe c'est de... »
- ▶ Concentration sur la tâche : « le plus important maintenant c'est de... »
- ▶ Différence entre quotidien et engagement : « ceci est un engagement, j'applique mes connaissances... »

CONTROLE DE SOI PENDANT L'ENGAGEMENT

- ▶ Questionnement de soi : « puis-je encore travailler correctement ? »
- ▶ Durée de l'engagement : « l'engagement dure encore ... »
- ▶ Évitement d'impressions inutilement accablantes : « à quoi dois-je être attentif, à quoi non ? »
- ▶ Rétablissement d'une respiration plus calme et profonde : Respirer profondément, compter jusqu'à cinq, expirer profondément, compter,
- ▶ Eviter les tensions musculaires inutiles : Passer votre corps en revue et détendez au mieux les muscles non nécessaires.
- ▶ Définition des critères d'interruption : « l'intervention se termine pour moi lorsque ... »
- ▶ Orientation sur la suite : « après l'engagement je vais faire les choses suivantes :... »

L'ensemble de ces points vise à concentrer l'attention sur la situation, la mission, le champ de l'action et les limites individuelles dans le cadre d'une intervention ponctuelle. La page suivante traite des mesures à prendre sur le long moyen et long terme.

Le chapitre précédent le montre bien, les risques du métier sont nombreux et importants, tant le stress se montre partout présent dans la profession. Rares seront ceux ou celles qui échapperont tout au long de leur vie active aux aléas du métier. Ce chapitre-ci vise à présenter une série de moyens propres, éventuellement, à diminuer l'impact négatif du stress sur le professionnel. Le lecteur avisé remarquera qu'une partie des propositions porte sur la personne et l'autre sur les relations.

En effet, il ressort clairement qu'un des impacts les plus important du stress porte sur nos relations, or, il est démontré que les relations interindividuelles, l'esprit de groupe, la confiance dans le soutien social, sont des facteurs fondamentaux dans la gestion du stress individuel.

5.7.3. Auto-protection et co-protection

A partir de la réalisation de l'importance de la mise en place de moyens pour nous permettre de récupérer, de la capacité à reconnaître nos premiers signes de stress, d'évaluer notre état de stress assez tôt et de connaître nos moyens de relaxation, un certain nombre d'éléments sont susceptibles de nous permettre de nous protéger de l'épuisement :

Auto-protection :

- prise de conscience de l'état de stress,
- repérage des agents stressants dans notre environnement,
- évaluer nos capacités physiques et mentales,
- chercher à abaisser le niveau d'anxiété,
- s'assurer d'activités de loisirs nombreuses et variées,
- développer des stratégies de gestion du temps,
- améliorer notre organisation,
- travailler sur des résolutions de problèmes,
- rester réaliste et précis dans notre monologue intérieur,
- développer des pensées positives,
- éviter, si possible, de prendre d'importantes décisions lorsque trop stressé,
- chercher à prendre du recul,
- savoir dire oui / non, respecter nos limites, savoir déléguer,
- se montrer attentif à nos changements (habitudes, comportement et humeur),
- contacter nos valeurs personnelles, philosophiques et spirituelles,
- tolérance et adaptabilité,
- gérer nos frustrations,
- repérer nos ressources et les développer,
- cultiver les liens positifs,
- soigner nos relations familiales, amicales et sociales,
- développer la qualité de nos relations professionnelles,
- cultiver le rire et le sens de l'humour,

Finalement, les êtres humains sont grégaires, ils vivent en groupe. Dès lors, le groupe devient à la fois le moyen de se protéger des souffrances, malheurs et en même temps source de tensions et de difficultés.

Les professionnels de la santé cherchent à développer des moyens pour diminuer, soulager la souffrance, baisser le niveau de tension et protéger les individus contre les effets pathologiques de la rencontre avec le drame, la catastrophe et l'effroi. Bien des méthodes ont été développées sans toutefois réussir à se mettre d'accord sur leur efficacité.

Pourtant, il existe un point sur lequel les recherches semblent mettre les professionnels d'accords, elles se penchent sur les soldats confrontés aux horreurs de la guerre et elles montrent que : les soldats travaillant en petites unités, avec une bonne relation de groupe (amitié, solidarité) sous les ordres d'un « petit chef » en qui ils ont confiance (il n'a pas besoin d'être aimé, il suffit que les soldats pensent qu'il ne les mettra pas en danger inutilement, qu'il ira avec eux, devant eux et qu'il les défendra face à l'ennemi comme en regard de la hiérarchie) sont bien mieux protégés psychiquement que les autres.

Nous réalisons à quel point des relations de qualité protègent l'individu contre les méfaits du stress et de la souffrance. Il devient alors évident de constater qu'un des meilleurs moyens de protéger l'individu réside dans le fait de soigner ses relations, qu'elles soient sociales, professionnelles ou familiales.

Co-protection :

Du point de vue des relations professionnelles, il s'agira de mettre en place des mesures de « co-protection » qui pourraient tenir notamment dans le fait de :

- ✱ respecter les tâches de chacun,
- ✱ faire circuler l'information,
- ✱ éviter de propager les rumeurs,
- ✱ développer l'écoute de nos collègues,
- ✱ manifester une communication claire et précise,
- ✱ encourager nos collègues,
- ✱ chercher à mieux se connaître et développer des liens de confiance,
- ✱ reconnaître nos compétences comme celles des autres,
- ✱ se montrer attentif aux réactions des uns et des autres,
- ✱ encourager l'organisation du travail en petit groupe ou unité,
- ✱ développer le travail d'équipe,
- ✱ améliorer et harmoniser les relations avec la hiérarchie,
- ✱ demander des supervisions,
- ✱ organiser des groupes de soutien entre pairs.

Les groupes de soutien aux pairs devraient offrir la possibilité d'exprimer les réactions émotionnelles (mais ne pas l'imposer non plus) de même que traiter les préoccupations techniques ou éthiques concernant les tâches professionnelles.

Le lecteur aura compris qu'il n'est pas question ici de trucs ou de moyens universels et imparables pour faire face aux débordements associés au stress, mais bien d'une série de mesures propres à améliorer, dans la mesure du possible, la situation.

Force est de reconnaître que les mesures d'amélioration des relations collégiales ne sont pas faciles à apporter, surtout lorsque l'on a compris que l'individu, sous l'effet du stress, devient tendu, méfiant, vulnérable, irritable et vite hostile. Or, c'est justement là qu'il est important de faire quelque chose.

Dans le même ordre d'idée, c'est surtout lorsque nous sommes stressés qu'il semble le plus difficile d'engager nos méthodes de relaxation et de détente... d'où l'importance de les adopter au plus vite, avant la zone rouge, pendant qu'elles sont encore praticables et le plus efficaces. Apprenons donc à reconnaître nos premiers signes de stress, à évaluer notre niveau de tension, repérer nos mesures individuelles d'adaptation et de détente pour les engager lorsqu'il est encore temps.

5.7.4. Le Feed-back

Objet du feed-back : Le feed-back vous permet d'éprouver votre propre perception des choses et de lever les malentendus qui auraient été engendrés par certains comportements. Ce n'est pas un outil destiné à l'analyse ou à la transformation de votre interlocuteur. Il donne des informations qui peuvent être précieuses et utiles à l'évolution de la relation et au développement de la personnalité. Les échanges auxquels il donne lieu comportent des informations plus personnelles s'il s'agit d'un droit de réponse accordé de manière réciproque. Le feed-back reflète les valeurs, les idées et les sentiments de la personne qui le donne.

Donner un feed-back

Disposition du destinataire : Vérifiez que le destinataire est disposé à recevoir votre feed-back. En ce qui concerne votre franchise, adaptez-vous à lui: trop de franchise inhabituelle peut choquer votre interlocuteur et le bloquer dans sa disposition à écouter. Tenez compte de la réceptivité du destinataire et des limites de sa perception.

Choisissez le bon **moment** pour donner un feed-back:

Il devrait intervenir le plus directement possible.

C'est lorsqu'il est souhaité par le destinataire qu'il est le mieux reçu.

Contenu du feed-back : ne donner que des retours qui concernent le **comportement** (et non pas qui critique la personne elle-même) et qui soient constructifs pour votre interlocuteur. Exprimez-vous de manière précise et concrète; faites bien la distinction entre ce qui est de l'ordre de la perception, des suppositions, **de l'interprétation** et du ressenti:

Perception j'ai remarqué... j'ai vu... j'ai entendu...

Suppositions je crois... je pense... j'imagine...

Ressenti j'ai senti... j'ai ressenti... je me suis senti(e)... je voudrais bien...

Interprétation j'attribue une signification ou une intention ...

Rendez votre réaction compréhensible. Evitez de porter des jugements, de coller des étiquettes, de procéder à des caractérisations. Ne portez pas de jugement et ne généralisez pas. Décrivez une expérience et un vécu en vous fondant sur des observations et des événements.

Recevoir un feed-back

Demander un feed-back : notre perception des choses ne correspond pas nécessairement à celle de nos collègues ou de nos supérieurs hiérarchiques; elle est influencée par différents facteurs. C'est pourquoi vous devez demander de façon concrète les informations que vous voulez obtenir, par rapport à un rôle, une situation, une fonction donnée, etc. Ne vous contentez pas d'un jugement global, exigez des remarques précises, de manière à pouvoir comprendre ce que pense votre interlocuteur. Les chances pour qu'un véritable retour ait lieu sont proportionnelles à votre propre ouverture.

Recevoir un feed-back : écoutez attentivement et essayez de saisir complètement ce que votre interlocuteur pense réellement et ce qu'il ressent. Consignez par écrit les remarques qui vous ont été particulièrement douloureuses et laissez-les provoquer une réaction en vous. Relisez-les jusqu'à ce que vous compreniez l'impression qu'elles vous ont faite (ce qu'elles ont déclenché en vous). Essayez d'identifier la situation ou l'élément déclencheur qui suscite cette réaction indésirable. Ne faites pas d'objections, même si le feed-back vous semble inexact.

Que puis-je en faire ? Saisissez les opportunités d'apprentissage que présente un feed-back. Prenez les retours positifs également au sérieux. En vous observant vous-même, vérifiez sur le long terme les (nouvelles) caractéristiques que l'on vous a signalées. Convenez d'un signe avec votre partenaire, par lequel il vous indiquera que vous adoptez le comportement inopportun dont il a été question. Développez une stratégie pour contrer les difficultés et développer les qualités en cause. Quelques mois plus tard, demandez un nouveau feed-back pour vous exercer.

6. Démobilisation, défusing et débriefing

Le défusing

Le défusing initial est un entretien relativement bref suite à un événement critique. Il vise à désamorcer une situation susceptible de devenir explosive. Le défusing initial intervient immédiatement ou dans les heures suivant le drame. Plus simple, il cherche à traiter les réactions à court terme, l'état de choc.

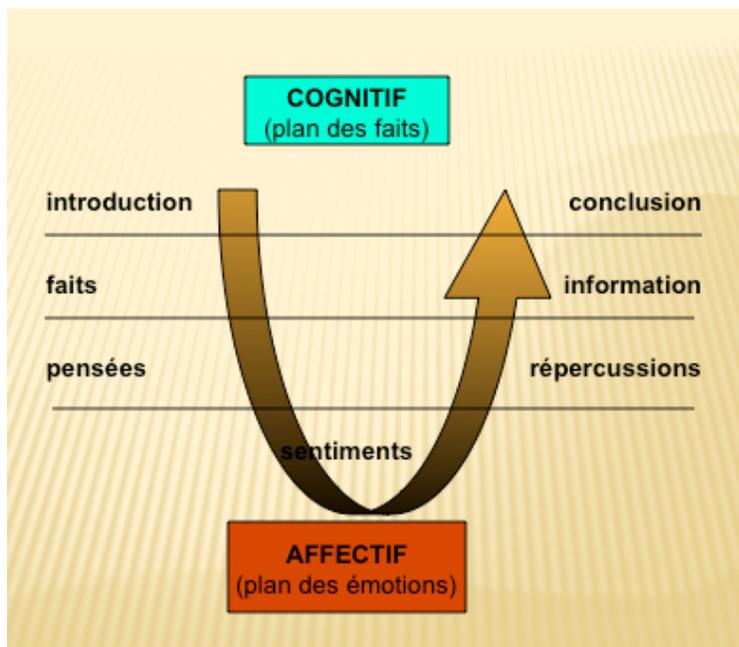
Le débriefing

Le débriefing psychologique est un entretien approfondi tenu après un événement grave. Il cherche à engager le processus d'intégration de l'événement dramatique. Le débriefing est tenu dans les jours qui suivent la situation critique. Généralement plus structuré, il traite les réactions à moyen et long terme, produites par l'événement.

Les débriefings structurés s'inspirent tous du modèle de base de Mitchell, y apportant plus ou moins de variantes, d'ajouts ou de particularités et organisant les étapes ou phases de façon plus ou moins différentes. Les objectifs des phases reposent principalement sur deux éléments :

a) le premier repose sur une culture d'entreprise (militaire et urgentiste), et s'adresse aux facilitateurs (débriefeurs, animateurs). Il organise le déroulement en protocole ou procédure, permettant aux leaders de gérer leur propre stress ;

b) le second est sous-tendu par l'approche cognitivo-comportementale, elle-même fortement structurée. La séparation des étapes vise à permettre d'aborder progressivement les émotions, tout en évitant une déstabilisation trop forte (re-victimisation, décompensation), pour ramener progressivement les participants à un certain niveau de calme et de détente. Concernant ce point, l'OFPC explique que son déroulement est conçu pour permettre le passage en douceur du plan des faits au plan des émotions, pour finalement revenir aux faits concrets, bouclant ainsi le cycle. Il propose le schéma suivant :



c) il facilite la gestion du groupe

Débriefing	Modèle de débriefing pour traumatismes multiples
<p>1. Introduction : les buts de cette phase sont de permettre à l'équipe de se présenter et d'exprimer sa sollicitude envers les victimes de l'événement, d'expliquer la méthode, son intérêt et ses règles fondamentales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - confidentialité, - choix des participants, - pas l'obligation de parler, - égalité entre les participants, - respect de ce qui est révélé, - ne pas quitter la réunion, - entrevue individuelle après si nécessaire. <p>2. Description : les participants sont incités à décrire l'événement, les faits qu'ils ont vécus, leurs rôles et fonctions pendant l'événement.</p> <p>3. Réflexion : les participants révèlent les premières pensées ayant fait irruption pendant la situation traumatique ainsi que les ressentis et les impressions sensorielles.</p> <p>Ainsi, les participants redonnent du sens à leurs pensées morcelées et de l'intérêt à leur vécu par rapport au récit sensationnel des faits.</p> <p>4. Réactions : on y aborde les réactions apparues pendant et après la situation critique. Les ressemblances et différences individuelles sont relevées.</p> <p>Le vécu émotionnel de cette phase est généralement intense avec l'expression des émotions (pleurs, angoisse, vécu de frustration) ou, au contraire, repli hermétique sur des émotions semblables (frustration, angoisse, culpabilité).</p> <p>5. Symptômes : chaque participant est invité à décrire ce qui est différent dans son comportement et son vécu depuis l'événement. Il s'agit de la recherche des symptômes.</p> <p>6. Enseignement : le leader résume les émotions, pensées, impressions, vécus, etc. de tous les participants et en quittance la normalité.</p> <p>Il présente les réactions possibles à court, moyen et long terme et aborde les stratégies à mettre en place pour faire face à ces troubles. Il évoque la possible nécessité d'un suivi médicopsychologique.</p> <p>7. Conclusion : le retour dans les foyers respectifs est discuté. On répond aux questions. Des points de contact sont proposés aux personnes pouvant nécessiter des conseils supplémentaires.</p> <p>Des rafraîchissements sont généralement distribués et une conversation libre peut s'engager, permettant d'exprimer un sentiment de détente.</p>	<p>1. La narration des événements : les leaders y décrivent les paramètres de l'intervention, comme la durée, les buts et les limitations de la confidentialité (en lien avec les lois par exemple). Ils expliquent au groupe qu'il ne s'agit ni d'une thérapie, ni a priori d'une critique des événements passés. Le débriefing offre aux personnes un temps pour faire une pause dans leur mission et pour développer une réflexion sur les aspects positifs et négatifs de leur travail. Au cours de cette phase, les leaders encouragent les membres à discuter un ou deux points particulièrement difficiles. Un des leaders écrit les situations au tableau. L'utilisation du support visuel souligne l'aspect éducatif ou didactique et diminue l'inquiétude des membres d'être diagnostiqués pendant la procédure. Il s'agit également d'une façon concrète de montrer l'intérêt porté à leurs pensées, sentiments et émotions. De plus, placer les événements en dehors des personnes (sur le tableau), de manière organisée, peut permettre une prise de distance propre à faciliter l'intégration de l'expérience. Les éléments clairement positifs, les stratégies d'adaptation efficaces et les points forts sont identifiés au cours de cette phase.</p> <p>2. Emotions et réactions : les membres sont amenés à ventiler leurs pensées et émotions concernant les points inscrits sur un tableau, elles sont reconnues comme normales dans une telle situation.</p> <p>3. Les stratégies d'adaptation : les réactions normales et pathologiques au stress sont présentées et discutées. Les leaders orientent les participants quant aux éventuels mécanismes de défense désadaptatifs. On y répertorie également les divers moyens mis en place par chacun pour supporter de telles situations, ce aussi bien dans le cadre de cette catastrophe que dans celle d'autres situations précédentes. De même le retour à la maison est abordé. Sont recommandés par exemple : 1) l'exercice physique 2) une bonne alimentation 3) un congé professionnel 4) des activités de détente 5) l'échange avec les collègues 6) la participation aux réunions d'équipe 7) le contact avec la famille et les amis 8) l'utilisation des méthodes personnelles destressantes utilisées par le passé. On souligne le fait que l'aide qu'ils pourraient apporter aux autres va dépendre du soutien et de l'attention qu'ils s'apporteront à eux-mêmes.</p> <p>4. L'étape de clôture : les aspects positifs de l'expérience sont évoqués. Des liens intenses s'étant probablement noués, un moment est offert pour les adieux. Il est vital de parler de la transition vers le foyer. Les effets retardés de la réaction aiguë sont expliqués. Un follow-up individuel ou familial est vivement recommandé à ceux qui sont encore en difficulté.</p>

Mitchell, tiré du Précis de victimologie générale (1999).

Armstrong & all (1995)

7. BIBLIOGRAPHIE

- ANGE RAOULT, P. (sous la dir. de) (1999) Souffrance et violence : psychopathologie des contextes familiaux, l'Harmattan, Paris.
- ANZIEU, D. et coll.©1985) Mélanie Klein aujourd'hui, Césura Lyon Edition.
- AUDET, J. & KATZ, J.-F. (1999) Précis de victimologie générale, Dunod, Paris.
- BERCLAZ, M. (2007) Traumatisme et intervention. Manuel de soutien psychosocial et spirituel. www.psyurgence.ch
- BERGERET, J.(1985) La personnalité normale et pathologique, Dunod, Paris.
- BERGERET, J.(1996) La violence fondamentale, Dunod, Paris.
- BERN, E. (1966) Games People Play, the Psychology of Human Relationships. André Deutsch Limited, Londres.
- BRYANT, R. et HARVEY, A. (1999) Acute Stress Disorder. A handbook of theory, assessment and treatment. American Psychological Association, Washington DC.
- CHAUVENET, A., DESPRET, V., LEMAIRE, J-M. (1996) Clinique de la reconstruction, l'Harmattan, Paris.
- CROCCQ, L.:(1999) Les traumatismes psychiques de guerre, Ed. Odile Jacob, Paris.
- CYRULNIK, B. (1999) Un merveilleux malheur, Ed. Odile Jacob, Paris.
- De CLERCQ, M. et LEBIGOT, F. (2001) Les traumatismes psychiques, Masson, Paris.
- FOA, E., KEANE, T. ET FRIEDMAN, J. (2000) Effective Treatments for PTSD. The Guilford Press, New York.
- GABEL, M. , LEOVICI, S., MAZET, PH. (1995) Maltraitance: maintien du lien, Ed. Fleurus psychopédagogie, Paris.
- GIRDANO, D., DUSEK, D. et coll. (1997) Controlling stress and tension,(7eme ed), Pearson, San Francisco.
- GRINKER, R. & SPIEGEL, J (1945) : Men Under Stress, Blakeston, Philadelphia.
- HALPERIN, D., BOUVIER P. & REY WICHY H. (sous la dir.). (1997) A contre-cœur, à contre-corps. E. Médecine & Hygiène. Genève.
- HANUS, M. (2001) La résilience à quel prix ? Survivre & rebondir. Maloine, Paris.
- HERMAN, J. (1992) Trauma and Recovery, Basic Books, New York.
- KARDINER, A. & SPIEGEL, H. (1947) : War, Stress, and Neurotic Illness, Hoeber, New York.
- KLEIN, M., RIVIERE, J. :(1984) L'amour et la haine, (Coll. Sciences de l'homme) No. 112, Ed. Petite bibliothèque, Payot, Paris.
- LABORIT, H.(1976) Eloge de la fuite, Robert Laffont, Paris.
- LARIVEY, M. (2002) La puissance des émotions, Les Editions de l'Homme, Quebec.
- LAZARUS, R.S. (2006) Stress and Emotion, Springler Publishing Compagny, New York.
- MANCIAUX, M. (2001) La résilience, résister et se construire, Ed Médecine et Hygiène, Genève.
- MELTZER, D. (1987) Le développement kleinien de la psychanalyse, Privat, Toulouse.
- MILLER, A.(1984) C'est pour ton bien, Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant, Ed. Aubier Montaigne, Paris.
- MORIN, E.(1979) Le Paradigme perdu : la nature humaine, Ed. Seuil, Coll. Point No. 109, Paris.
- MUNYANDAMUTSA, N. (2001) Question de sens et des repères dans le traumatisme psychique. Edition Médecine & Hygiène, Genève.
- ORNER, R. & SCHNYDER, U. (2003) Reconstructing early intervention after trauma. Innovations in the care of survivors. Oxford University Press, New York.
- RAPHAEL, B., WILSON, J.(2000) Psychological Debriefing. Theory, practice and evidence, Cambridge University Press, Cambridge.
- ROSATTI, P. (2002) L'expertise médicale. De la décision à propose de quelques diagnostics difficiles, Médecine & Hygiène, Genève.
- SIRONI, F. (1999) Bourreaux et victimes, psychologie de la torture, Ed. Odile Jacob, Paris.
- SERVANT, D. & PARQUET Ph. J. (1995) Stress, anxiété et pathologies médicales, Ed. Masson, Paris.
- SERVANT, D. (2005) Gestion du stress et de l'anxiété, Ed Masson, Paris.
- STEWART, I. & JOINES, V. (1991) Manuel d'Analyse Transactionnelle, InterEditions, Paris.
- THIBOUTOT, J. (2000) Gestion du stress et travail policier, Modulo ed., Québec.
- THURIN, J-M. & BAUMANN, N. (2003) Stress, pathologies et immunité, Flammarion, Paris.
- TISSERON, S. (1998) Du bon visage de la honte, Ramsay, Paris.
- VAN RILLAER, J. L'agressivité humaine, (Coll, psychologie et sciences humaines) No. 59, Ed. Dessart et Mordaga, Bruxelles, 268 p.
- VANOTTI, M. (sous la dir. de) (1992) Le silence comme un cri à l'envers, Ed. Médecine & Hygiène, Genève.
- VITRY, M. (2002) L'écoute des blessures invisibles, L'Harmattan, Paris.



L'auteur :

Michel Berclaz est un ancien infirmier en psychiatrie et enseignant en soins infirmiers. Il est également psychologue et spécialiste FSP en psychothérapie depuis 1995.

Responsable adjoint de la cellule d'intervention psychologique AGPsy-Police de 1996 à 2007, il participe également à l'élaboration, l'organisation et l'enseignement de différents programmes de formation traitant de la psychologie d'urgence et de l'aide aux personnes victimes. Ex-membre de la commission « psychologie d'urgence » de la Fédération Suisse des Psychologues. Ex membre de la commission du RNAPU. Consultant pour la police genevoise et l'institut suisse de police.

Michel Berclaz

*Psychologue spécialiste FSP en psychothérapie
formateur et consultant*

Rue des Eaux-Vives, 94

CH – 1207 Genève

☎ 0041 22 736 41 90

E-mail prof : m.berclaz@bluewin.ch

Martine Bourquin : infirmière spécialisée en gestion du stress, formations et débriefings Tel + fax : ++41 / 21/ 617 86 49 / e-mail : m.bourquin@bluewin.ch

Urs Braun (psychologue FSP, formateur, membre de la commission formation en psychologie d'urgence de la FSP) et

Martine Leuchter (psychologue FSP, membre de la cellule AGPsy-Police et formatrice), avec l'auteur ont collaboré pour l'édition d'un document s'adressant aux agents d'assistances des CFF, le CareGroup, document dont est tiré certains éléments de ce texte.

Annik Duret : psychologue spécialiste en psychothérapie FSP. Responsable adjointe de la cellule AGPsy-Police depuis octobre 2007.

Fabienne Naef, psychologue travaillant au service psychologique de la police genevoise et formatrice en AT.

Elisabeth Rebourg et Anaïs Stauffer, Service des Ressources Humaines de l'Hospice Général, Genève.

Christian Progin : responsable de l'équipe de débriefing de la police genevoise.

Maurice Gardiol : Diacre de l'Eglise protestante de Genève, coordinateur du groupe inter-religieux de soutien spirituel en cas de catastrophe, qui avec ses collègues a rédigé le sous-chapitre traitant du soutien spirituel.

Cédric d'Epagnier : psychologue FSP spécialiste en psychothérapie, ex-membre de la cellule AGPsy-Police et de celle du Gipsy. Formateur dans le cadre de l'aide aux personnes victimes et de la psychologie d'urgence auprès de divers organismes.